REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIARIO DE SESIONES DE LA CÁMARA DE SENADORES

TERCER PERÍODO DE LA XLVIII LEGISLATURA

37.ª SESIÓN ORDINARIA

PRESIDEN

LA SEÑORA LUCÍA TOPOLANSKY
Presidente

y

LA SEÑORA MÓNICA XAVIER
Primera vicepresidenta

ACTÚAN EN SECRETARÍA: EL TITULAR HEBERT PAGUAS Y LA PROSECRETARIA, SILVANA CHARLONE

SUMARIO

Páginas

1) Texto de la citación..... 424

2) Asistencia..... 424

3) y 7) Asuntos entrados..... 424 y 486

4) Inasistencias anteriores..... 425

– Por secretaría se da cuenta de que no se registraron inasistencias a la última convocatoria.

5) y 12) Solicitudes de licencia e integración del Cuerpo..... 425 y 503

– El Senado concede las licencias solicitadas por los señores senadores Coutinho, Larrañaga, Bianchi y García.

– Quedan convocados los señores senadores Pesce, Gandini, Matiaude y Da Silva.

6), 8) y 10) Centros o servicios de referencia en salud..... 426, 486 y 489

– Proyecto de ley por el que se declara de interés general su designación.

• Aprobado. Se comunicará a la Cámara de Representantes.

9) Prórroga de la hora de finalización de la sesión..... 489

• Por moción de la señora senadora Tourné, el Senado resuelve prorrogar la hora de finalización de esta sesión hasta terminar la consideración de todos los asuntos que figuran en el orden del día.

11) y 13) Riego con destino agrario..... 503 y 503

– Por moción de varios señores senadores, el Senado resuelve declarar urgente y distribuir el proyecto de ley por el que se modifican disposiciones de la Ley n.º 16858, y considerarlo en la presente sesión.

• Sancionado. Se comunicará al Poder Ejecutivo.

14) Código de la Niñez y la Adolescencia..... 525

– Por moción de varios señores senadores, el Senado resuelve declarar urgente y distribuir el proyecto de ley por el que se modifican artículos de la Ley n.º 17823, y tratarlo de inmediato.

• Sancionado. Se comunicará al Poder Ejecutivo.

15) PMB-Barrio Artigas..... 541

– Proyecto de ley por el que se desafectan del patrimonio del Ministerio de Transporte y Obras Públicas varios padrones ubicados en la localidad catastral de la ciudad de Salto y se los afecta a la Intendencia de ese departamento.

• Sancionado. Se comunicará al Poder Ejecutivo.

16) Levantamiento de la sesión..... 552

1) TEXTO DE LA CITACIÓN

«Montevideo, 13 de octubre de 2017

La CÁMARA DE SENADORES se reunirá en sesión ordinaria mañana miércoles 18 de octubre, a las 09:30, a fin de informarse de los asuntos entrados y considerar el siguiente

Orden del día

1.º) Discusión general y particular de un proyecto de ley por el que se declara de interés general la designación de centros o servicios de referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas.
Carp. n.º 755/2017 - rep. n.º 521/17 y anexos I y II

2.º) Discusión única de un proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes, por el que se desafectan varios padrones del patrimonio del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y se afectan a la Intendencia de Salto, con finalidad de dar cumplimiento al PMB (ex-PIAI)-Barrio Artigas.
Carp. n.º 847/2017 - rep. n.º 527/17

Silvana Charlone Prosecretaria — **Hebert Paguas** Secretario».

2) ASISTENCIA

ASISTEN: los señores senadores **Amorín**, **Aristimuño**, **Aviaga**, **Ayala**, **Besozzi**, **Bordaberry**, **Camy**, **Carámbula**, **Carrera**, **Delgado**, **Ferreira**, **García (Graciela)**, **García (Javier)**, **Garín**, **Lacalle Pou**, **Lafluf**, **Larrañaga**, **Matiaude**, **Michelini**, **Mieres**, **Moreira**, **Mujica**, **Otheguy**, **Payssé**, **Pesce**, **Pintado**, **Saravia**, **Silveira** y **Tourné**. Ingresa con posterioridad el señor senador **Da Silva**.

FALTAN: con licencia, los señores senadores **Alonso**, **Bianchi**, **Cardoso**, **Coutinho**, **De León**, **Heber**, **Martínez Huelmo** y **Passada**. A partir de la hora 13:12, se retira con licencia el señor senador **Javier García**.

3) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 09:41).

–En nombre de la señora senadora Ivonne Passada, quiero informar al Cuerpo –porque así me lo ha pedido– que su candidatura a la presidencia de la Unión Interparlamentaria no prosperó, pero quiere agradecer a todos los representantes de los partidos políticos, con quienes se ha trabajado de manera unitaria –como no podía ser de otra manera– para dejar al país posicionado en la mejor situación.

Asimismo, quiere hacer un reconocimiento a la Cancillería y, en especial, a la Embajada de la Federación de Rusia en Uruguay, que realizó una tarea excelente, así como también a los funcionarios que acompañaron a la delegación.

(Aplausos en la sala).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

SEÑORA PROSECRETARIA (Silvana Charlone).- «La Cámara de Representantes remite aprobados en nueva forma los siguientes proyectos de ley:

• por el que se modifican artículos de la Ley n.º 17823, de 7 de setiembre de 2004, Código de la Niñez y la Adolescencia.
–A LA COMISIÓN DE CONSTITUCIÓN Y LEGISLACIÓN.

Por el que se modifican disposiciones de la Ley n.º 16858, de 3 de setiembre de 1997, referida a normas para el riego con destino agrario.
–A LA COMISIÓN DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA.

Asimismo, comunica que ha aprobado un proyecto de ley por el que se modifica la Ley n.º 19293, de 19 de diciembre de 2014, y otras normas, para adecuarlas al nuevo Código del Proceso Penal.
–AGRÉGUESE A SUS ANTECEDENTES Y ARCHÍVESE.

La Comisión de Vivienda y Ordenamiento Territorial eleva informado un proyecto de ley por el que se desafectan varios padrones del patrimonio del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y se afectan a la Intendencia de Salto, con la finalidad de dar cumplimiento al PMB (ex-PIAI)-Barrio Artigas.
–HA SIDO REPARTIDO Y ESTÁ INCLUIDO EN EL ORDEN DEL DÍA DE LA SESIÓN DE HOY».

4) INASISTENCIAS ANTERIORES

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Dando cumplimiento a lo que establece el artículo 53 del Reglamento de la Cámara de Senadores, dese cuenta de las inasistencias a las anteriores convocatorias.

(Se da de lo siguiente).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- En la sesión ordinaria del 17 de octubre no se registraron inasistencias.

5) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Léase una solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «Montevideo, 17 de octubre de 2017

Señora presidenta de la
Cámara de Senadores
Lucía Topolansky

De mi mayor consideración:

A través de la presente, solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo de lo establecido en el artículo 1.º de la Ley n.º 17827, de 14 de setiembre de 2004, por motivos personales, el día 18 de octubre.

Sin otro particular, saludo a la señora presidenta muy atentamente.

Germán Coutinho. Senador».

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–20 en 22. **Afirmativa.**

Se comunica que los señores José Amy y Gustavo Cersósimo han presentado nota de desistimiento, informando que por esta vez no aceptan la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocada la señora Viviana Pesce, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «18 de octubre de 2017

Señora presidenta de la
Cámara de Senadores
Lucía Topolansky

De mi mayor consideración:

Por la presente solicito al Cuerpo, por motivos personales, se me otorgue licencia a partir del día 30 de octubre hasta el 7 de noviembre inclusive.

Sin otro particular, la saludo muy atentamente.

Jorge Larrañaga. Senador».

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–22 en 22. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se comunica que el señor Eber da Rosa ha presentado nota de desistimiento, informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Jorge Gandini, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «Montevideo, 17 de octubre de 2017

Señora presidente de la
Cámara de Senadores
Lucía Topolansky

De mi mayor consideración:

Por la presente, solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo del artículo 1.º de la Ley n.º 17827, por motivos particulares, el día 18 de octubre de 2017.

Sin otro motivo, saludo a la señora presidenta muy atentamente.

Daniel Bianchi. Senador».

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–22 en 23. **Afirmativa.**

Queda convocada la señora Graciela Matiaude, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

SEÑOR DELGADO.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR DELGADO.- En nombre del Partido Nacional, vamos a pedir un cuarto intermedio de media hora. Motivan esta solicitud los temas que están en el orden del día y algunos que hemos acordado incluir como urgentes en la sesión de hoy.

SEÑORA PRESIDENTA (Mónica Xavier).- Se va a votar la moción formulada por el señor senador Delgado.

(Se vota).

–23 en 24. **Afirmativa.**

El Senado pasa a cuarto intermedio por el término de treinta minutos.

(Así se hace. Son las 09:47).

(Vueltos a sala).

(Ocupa la presidencia la señora Lucía Topolansky).

SEÑORA PRESIDENTE.- Habiendo número, continúa la sesión.

(Son las 10:33).

6) CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD

SEÑORA PRESIDENTE.- El Senado ingresa al orden del día con la consideración del asunto que figura en primer término: «Proyecto de ley por el que se declara de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas. (Carp. n.º 755/2017 - rep. n.º 521/17 y anexos I y II)».

(Antecedentes).

Carp. n.º 755/2017 - rep. n.º 521/17

CÁMARA DE SENADORES

Comisión de Salud Pública

PROYECTO DE LEY

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Objetivo).- Declárase de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud. Estos garantizarán el acceso a la atención de calidad de patologías que, por requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente su concentración en un número reducido de entidades.

Artículo 2º. (Definición).- Se entiende por Centro o Servicio de Referencia a la entidad o aquella parte de la misma que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las siguientes características:

a) Ser generalmente complejas y de baja prevalencia.

b) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada.

c) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo-efectividad, precise de la concentración de un número mínimo de casos.

El Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia que crea la presente ley, determinará las patologías que reúnan las características referidas en los literales anteriores.

Artículo 3º. (Cobertura geográfica).- Los Centros y Servicios de Referencia darán cobertura en todo el territorio nacional a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y permitirán el acceso a quienes requieran de sus servicios en igualdad de condiciones.

Artículo 4º. (Derivación obligatoria).- En caso de patologías identificadas en las disposiciones de la presente ley, los prestadores de servicios integrales de salud públicos y privados de todo el país deberán derivar a las personas inscriptas en sus padrones de usuarios a los Centros y Servicios de Referencia designados para la atención de las mismas.

Artículo 5º. (Alcance de la intervención).- La derivación de usuarios a un Centro o Servicio de Referencia no exime la responsabilidad que tiene el prestador de servicios integrales de salud sobre el usuario en cuyos padrones el mismo esté inscripto, debiendo actuar el Centro o Servicio de Referencia como apoyo para la confirmación diagnóstica, realización de técnicas y procedimientos terapéuticos y evacuación de consultas de los prestadores en lo pertinente a su competencia.

Artículo 6º. (Procedimientos de referencia y contra referencia).- Con base en las propuestas de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, el Ministerio de Salud Pública aprobará los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios, los que deberán cumplir con los protocolos que se elaboren al efecto.

CAPÍTULO II
DESIGNACIÓN

Artículo 7º. (Designación).- La designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales.

Los criterios para esa designación considerarán, como mínimo, los siguientes aspectos:

a) Acreditar conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología de que se trate.

b) Haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología para la que se solicita la designación como Centro o Servicio de Referencia, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias.

c) Contar con equipamiento, recursos humanos y materiales disponibles, suficientes y actualizados.

d) Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados.

e) Acreditar capacidad y disposición para la formación, en la actividad de que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad.

f) Garantizar la continuidad de la prestación del servicio.

Artículo 8º.- El Ministerio de Salud Pública establecerá los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar la prestación del servicio, en caso de imposibilidad del Centro o Servicio de Referencia.

Artículo 9º. (Llamado a interesados).- El Ministerio de Salud Pública realizará llamados públicos a interesados en la designación como Centro o Servicio de Referencia, mediante mecanismos que garanticen la igualdad de oportunidades para todos los interesados. Podrán solicitar la designación de Centro o Servicio de Referencia entidades públicas y privadas.

Artículo 10 (Excepciones).- En aquellos casos en que a la fecha de aprobación de la presente ley existan entidades que tengan en exclusividad la atención de cierta patología, el Ministerio de Salud Pública, por razones de buena administración, podrá prescindir del llamado y designar directamente como Centro o Servicio de Referencia sin necesidad de realizar el mismo.

Artículo 11. (Autonomía).- La designación como Centro o Servicio de Referencia no afectará la autonomía técnica ni administrativa, como así tampoco la dependencia jerárquica de las entidades. Será de cargo de la autoridad sanitaria correspondiente, realizar los controles según lo prescriba la normativa aplicable.

Artículo 12. (Habilitación).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública, obtenida de conformidad con la normativa sanitaria aplicable.

Artículo 13. (Registro).- Créase en el Ministerio de Salud Pública el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Los centros y servicios que hayan sido designados como tales deberán remitir al registro los datos que les sean requeridos, cuyo contenido, forma y temporalidad determinará la reglamentación de la presente ley.

Artículo 14. (Transición).- Aquellas entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, incluyan entre sus prestaciones regulares las identificadas como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y que no obtengan para sí mismas la designación como tales, deberán cesar en esas actividades específicas, sin perjuicio de la continuidad de sus demás prestaciones.

El Ministerio de Salud Pública determinará por resolución fundada el plazo que tendrá cada entidad para cesar su atención en las prestaciones regulares que hayan sido identificadas como de derivación obligatoria, la que no podrá exceder de treinta y seis meses ni será inferior a doce meses. El plazo mínimo podrá ser reducido en caso de existir acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la entidad correspondiente.

CAPÍTULO III
COMISIÓN HONORARIA ASESORA

Artículo 15. (Comisión Honoraria Asesora).- Créase la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública. Estará integrada por dos representantes de esa cartera, uno de los cuales la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 16. (Cometidos).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia tendrá los siguientes cometidos:

a) Estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial, teniendo en cuenta los criterios a que refiere el artículo 2º de la presente ley.

b) Con base en lo dispuesto en el artículo 7º de la presente ley, proponer los criterios específicos para la designación de los Centros y Servicios de Referencia, así como el procedimiento para realizar la misma.

c) Evaluar las propuestas presentadas por los interesados a llamados de Centros y Servicios de Referencia, debiendo elevar informe fundado al Ministro de Salud Pública a los efectos de la selección y designación.

d) Estudiar y proponer la renovación o, en su caso, la revocación de la designación de Centros y Servicios de Referencia.

e) Proponer los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios a Centros y Servicios de Referencia.

f) Elaborar su reglamento interno de funcionamiento.

g) Otros que le asigne el Ministerio de Salud Pública relacionados con la materia de su competencia.

Artículo 17. (Opinión externa).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia podrá incorporar a sus deliberaciones, con voz pero sin voto, a expertos cuya opinión considere oportuna en razón de la materia de que se trate, así como constituir grupos temáticos de trabajo cuando lo considere necesario.

CAPÍTULO IV
FINANCIAMIENTO

Artículo 18. (Financiamiento).- El financiamiento de la atención de patologías que se brinden en los Centros y Servicios de Referencia, designados de conformidad con lo dispuesto en la presente ley, se solventará como se establece en los literales siguientes:

a) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por el mismo.

b) Las prestaciones que, estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiadas por este en las condiciones que establezca la reglamentación.

c) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, quedarán sujetos a informe favorable de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas de manera de acreditar la sustentabilidad financiera.

La financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.

Dicho costo equivalente será mensual, consecutivo y directamente proporcional a la cantidad de usuarios inscriptos en los padrones de los prestadores, con independencia del número de actos médicos realizados.

La reglamentación establecerá los mecanismos conforme a los cuales se realizará la referida compensación.

La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del Ministerio del Interior, podrán optar por el prepago al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados. Igual criterio se aplicará respecto de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado que posean carné de asistencia extendido por la misma.

CAPÍTULO V
FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Artículo 19. (Formación de recursos humanos).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades que se realicen en ellos, pudiendo a tales efectos celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO VI
SANCIONES

Artículo 20. (Sanciones económicas).- Los prestadores públicos y privados que no den cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, serán pasibles de sanciones económicas, que aplicará el Ministerio de Salud Pública de conformidad con la normativa sanitaria vigente.

Artículo 21. (Sanciones por discontinuidad del servicio).- En caso que el servicio se vea discontinuado por motivos o hechos imputables al Centro o Servicio de Referencia, el Ministerio de Salud Pública podrá disponer la revocación de la designación de este, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales que correspondan.

Sala de la Comisión, 10 de octubre de 2017

MÓNICA XAVIER
Miembro informante

GUILLERMO BESOZZI
con salvedades

DANIEL BIANCHI
con salvedades

JAVIER GARCÍA
con salvedades

DANIEL GARÍN

IVONNE PASSADA

MICHELLE SUÁREZ

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 13 FEB 2017

SEÑOR PRESIDENTE DE LA ASAMBLEA GENERAL

El Poder Ejecutivo tiene el honor de remitir a ese Cuerpo el adjunto Proyecto de Ley, por el cual se declara de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas.----------

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Sistema Nacional Integrado de Salud que implementó la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, se basa sobre los

principios rectores de cobertura universal, accesibilidad, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, entre otros.---------

Para lograr estos objetivos, es necesario organizar los servicios según niveles de complejidad en el territorio, así como lograr una adecuada distribución de los equipos de salud, recursos materiales, financieros y capacidad sanitaria instalada.--

La reforma de la salud emprendida en nuestro país es un proceso que supone avanzar superando la fragmentación, la superposición de recursos, así como seguir profundizando en el cambio del modelo de atención centrado en los usuarios. ----------

En ese proceso, el abordaje de determinadas patologías que suponen por sus particularidades, una alta experticia del equipo de salud para su mejor y más eficiente resolución, determina la necesidad de consolidar estructuras que oficien como centros de referencia nacional para su mejor atención. ----------

Estos centros de referencia por patologías complejas, integrados a la red asistencial, permitirían mejorar la accesibilidad a las mismas, alcanzando muy buenos niveles de resultados, en la medida que concentran el necesario volumen de pacientes que se requiere para alcanzar los mejores estándares de calidad. ---------

La propuesta antedicha se reflejó asimismo en la declaración final de la 9ª Convención Médica Nacional, en el ítem "Mejora del modelo de práctica en la atención médica", en donde se expresa: "...la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad

mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para mejorar la práctica médica".-------

Varios factores han incidido en el avance de la medicina en las últimas décadas: adelantos científicos y tecnológicos, métodos de diagnóstico de alta precisión y mayor experiencia en los equipos de salud. El trabajo eficaz y eficiente de estos últimos se asocia tanto al aprendizaje teórico práctico como a la experticia adquirida y acumulada a través de la práctica. En la mayor parte de los países desarrollados se han creado los llamados centros de excelencia o centros de referencia, constatándose la mejora de la calidad de resultados en la atención de diversas enfermedades. Al comienzo las mismas eran fundamentalmente de resolución quirúrgica y luego otras no quirúrgicas, que mostraban que en hospitales de mayor volumen donde se realizaban técnicas complejas, los índices de calidad eran mayores, tanto en la resolución de los problemas como en la disminución de las complicaciones, en comparación con los procedimientos realizados por múltiples prestadores con escasos recursos y experiencia. Por otra parte, también se ha demostrado que cuando los equipos profesionales tratan un volumen grande de personas con la misma patología, los resultados son mejores y los costos menores.---------

La escasa población del país justifica la creación de centros de referencia y además existe la experiencia propia de que la concentración es posible, tanto en los ámbitos públicos como privados. ----------

La atención de patologías que un centro de referencia aborde deberá reunir las características que se enumeran en el artículo 2

del proyecto de Ley, y será el Ministerio de Salud Pública quien precisará cuales son ellas.----------

La cobertura de dichos centros o servicios tendrá alcance nacional, con acceso a las personas que demanden sus prestaciones en condiciones de igualdad.----------

Para todas las entidades correspondientes será obligatorio derivar a sus afiliados a dichos centros en el caso de que presenten patologías que reúnan las características arriba mencionadas.----------

La derivación a un Centro de Referencia no sustituirá la responsabilidad del prestador en cuyo padrón esté inscripta la persona respecto de su salud integral. Los centros o servicios de referencia podrán actuar para la confirmación diagnóstica, la realización de las técnicas y procedimientos terapéuticos y en la evaluación de resultados o evacuación de consultas de los prestadores no especializados.----------

El Ministerio de Salud Pública deberá aprobar los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios, sujetos a los respectivos protocolos que se establezcan.----------

Teniendo en cuenta que la realidad actual muestra la existencia de diversos prestadores de servicios en materia de atención a las patologías que pretenden reservarse a los centros o servicios de referencia, es necesario prever una etapa de transición para que los recursos afectados a tal fin puedan ser derivados por los respectivos prestadores a otros destinos. El plazo de la transición será determinada en cada caso por el Ministerio de Salud Pública, como lo establece el artículo 7.----------

La designación como Centro o Servicio de Referencia también estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, en tanto autoridad rectora en la materia. Los requisitos para tal designación se establecen en el artículo 8 del proyecto de Ley y apuntan al conocimiento y experiencia específicos, volumen de actividad, dotación de recursos materiales y humanos y disposición para formación de recursos humanos especializados con vistas al recambio generacional y a la continuidad de la actividad. Se prevé que estos centros cuenten con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades, con supervisión del Ministerio de Salud Pública.----------

El procedimiento para la designación de un Centro o Servicio de Referencia será precedido de un llamado público a interesados, a efectos de garantizar igualdad de oportunidades y podrán presentarse entidades públicas y privadas. Excepcionalmente, se podrá designar directamente un centro o servicio de referencia cuando existan entidades que tengan en exclusividad la atención de una patología y razones de buena administración justifiquen la innecesariedad del llamado.----------

El Ministerio de Salud Pública llevará un registro de los Centros o Servicios de Referencia con los datos que la reglamentación determine.----------

Con un enfoque de sistema, el Ministerio de Salud Pública determinará el número y ubicación territorial de los Centros de Referencia requeridos para satisfacer las necesidades sanitarias de la población.----------

El proyecto de Ley crea, en el Ministerio de Salud Pública, la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia,

en cuya integración estarán representados, dicha cartera, el Ministerio de Economía y Finanzas, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y el Fondo Nacional de Recursos. La Comisión asesorará al Ministerio de Salud Pública en la determinación de las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud, la identificación de patologías que ameriten la creación de centros o servicios de referencia y todo aquello que la cartera le solicite en la materia de su asesoría.----------

El financiamiento de las prestaciones que se brinden en Centros o Servicios de Referencia se gestionará a través de Fondo Nacional de Recursos, de conformidad con las distintas situaciones que precisa el artículo 16 del proyecto de Ley.----------

Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley ya tengan cobertura de dicho fondo, seguirán siendo financiadas por el mismo. Aquellas que no la tengan pese a estar incluidas en los programas integrales de prestaciones aprobadas por el Ministerio de Salud Pública, también serán financiadas por el referido fondo a partir de la fecha que determine la reglamentación, pero supondrán la deducción del costo equivalente que determine el Poder Ejecutivo de las cápitas que le corresponda cobrar a los prestadores incorporados al Seguro Nacional de Salud. Ese costo será mensual, consecutivo y proporcional a la cantidad de usuarios de cada prestador, con independencia del número de actos médicos efectivamente realizados.----------

Si los prestadores no están incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo de los actos médicos realizados para sus

usuarios deberán ser cancelados directamente al Centro o Servicio de Referencia donde se realicen.----------

Los servicios dependientes de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial, tendrán la opción de pagar un costo equivalente calculado en base al número total de sus usuarios o por acto médico efectivamente realizado.----------

La Administración de Servicios de Salud del Estado, respecto de usuarios a quienes le haya extendido carné de asistencia, gozará de la misma opción.----------

La designación de Centros o Servicios de Referencia para el tratamiento de patologías que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley no estén incorporadas a los programas integrales de atención a la salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, estará sujeta a un proceso previo de evaluación económica y de impacto presupuestal en el que participarán dicha cartera y el Ministerio de Economía y Finanzas, como lo dispone el artículo 17 del proyecto de Ley.----------

Un último capítulo del proyecto contempla las consecuencias del incumplimiento de sus prescripciones, con aplicación de sanciones económicas de conformidad con la normativa sanitaria vigente.----------

MENSAJE Nº

Ref. Nº

/mo

RAÚL SENDIC
Vicepresidente de la República
en ejercicio de la Presidencia

PROYECTO DE LEY

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°: (Objetivo). Declárase de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en salud, que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías, que al requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente la concentración de los casos a tratar en un número reducido de entidades.

Artículo 2°: (Definición). Se entiende por Centro o Servicio de Referencia a la entidad o parte de ella que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las siguientes características: ----------

a) Ser generalmente complejas y de baja prevalencia.----------

b) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada que se alcanza preferentemente a través de ciertos volúmenes de actividad. ----------

c) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización, que en atención a la ecuación costo-efectividad precise de la concentración de un número mínimo de casos.----------

El Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia que crea la presente ley, determinará las patologías que reúnan las características referidas en los literales anteriores. ----------

Artículo 3°: (Cobertura geográfica). Los Centros y Servicios de Referencia darán cobertura en todo el territorio nacional a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y permitirán el acceso a quienes requieran de sus servicios en igualdad de condiciones.----------

Artículo 4°: (Derivación obligatoria). En caso de patologías identificadas según lo dispuesto en el artículo 2 de la presente ley, los prestadores de servicios integrales de salud públicos y privados de todo el país deberán derivar a las personas inscriptas en sus padrones de usuarios a los Centros y Servicios de

Referencia designados para la atención de las mismas.----------

Artículo 5°: (Alcance de la intervención). La derivación de usuarios a un Centro o Servicio de Referencia no traslada la responsabilidad que tiene el prestador de servicios integrales de salud sobre el usuario en cuyos padrones el mismo esté inscripto, debiendo actuar el Centro o Servicio de Referencia como apoyo para la confirmación diagnóstica, realización de técnicas y procedimientos terapéuticos y evacuación de consultas de los prestadores en lo pertinente a su competencia.----------

Artículo 6°: (Procedimientos de referencia y contra referencia). Con base en las propuestas de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, el Ministerio de Salud Pública aprobará los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios, los que deberán cumplir con los protocolos que se elaboren al efecto.--

Artículo 7°: (Transición). Aquellas entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, incluyan entre sus prestaciones regulares las identificadas

como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y que no obtengan para sí mismas la designación como tales, deberán cesar en esas actividades específicas, sin perjuicio de la continuidad de sus demás prestaciones. El Ministerio de Salud Pública determinará por resolución fundada el plazo que tendrá cada entidad para cesar su atención en las prestaciones regulares que hayan sido identificadas como de derivación obligatoria, la que no podrá exceder de 36 meses ni será inferior a 12 meses. El plazo mínimo podrá ser reducido en caso de existir acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la entidad correspondiente.----------

CAPITULO II

DESIGNACION

Artículo 8°: (Designación). La designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales.----------

Los criterios para esa designación considerarán, como mínimo, los siguientes aspectos:----------

a)Demostrar conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología de que se trate.----------

b)Haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología para la que se solicita la designación como Centro o Servicio de Referencia, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias.----------

c) Contar con el equipamiento y disponibilidad de recursos humanos y materiales suficientes para desarrollar la actividad de que se trate.----------

d) Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados. ----------

e) Tener capacidad y disposición para la formación, en la actividad de que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad. ----------

f) Garantizar la continuidad e ininterrupción del servicio, ofreciendo la asistencia alternativa para el caso de que el servicio se viera interrumpido por causas de fuerza mayor, vinculadas a

problemas de carácter estructural de las instalaciones o equipamientos, debiendo en dicho caso presentar convenios de servicios con quien prestará el servicio en forma transitoria, quien también deberá contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública. En caso de que el servicio se vea interrumpido por motivos que no constituyan fuerza mayor o no se cumpla en forma inmediata con la asistencia alternativa para el caso de interrupción por fuerza mayor, el Ministerio podrá disponer la revocación de la designación del referido centro de referencia, sin perjuicio de las acciones administrativas y penales que correspondan.----------

Artículo 9°: (Llamado a interesados). El Ministerio de Salud Pública realizará llamados públicos a interesados en la designación como Centro o Servicio de Referencia, mediante mecanismos que garanticen la igualdad de oportunidades para todos los interesados. Podrán solicitar la designación de Centro o Servicio de Referencia entidades públicas y privadas.----------

La selección por parte del MSP se hará teniendo en cuenta el informe que eleve la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia.--------

El Ministerio de Salud Pública podrá prescindir del llamado y designar directamente como Centro o Servicio de referencia, en aquellos casos en que a la fecha de aprobación de la presente ley, existan entidades que tengan en exclusividad la atención de cierta patología, que determinen por razones de buena administración, la innecesariedad de realizar el referido llamado público.----------

Artículo 10°: (Autonomía). Sin perjuicio de los controles a cargo de la autoridad sanitaria que prescribe la normativa aplicable, la designación como Centro o Servicio de Referencia no afectará la autonomía técnica y administrativa de las entidades ni, en su caso, su dependencia jerárquica. ----------

Artículo 11°: (Habilitación). Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública, obtenida de conformidad con la normativa sanitaria aplicable. ----------

Artículo 12°: (Registro). Créase en el Ministerio de Salud Pública el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Los centros y servicios que hayan sido designados como tales deberán remitir al registro los datos que les sean requeridos, cuyo contenido, forma y temporalidad determinará la reglamentación de la presente ley.--------

CAPITULO III

COMISION HONORARIA ASESORA

Artículo 13°: (Comisión Honoraria Asesora). Créase la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública. Estará integrada por dos representantes de esa cartera, uno de los cuales la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos.----------

Por cada representante titular, se designará un alterno.----------

Artículo 14°: (Cometidos). La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de

Referencia tendrá los siguientes cometidos:----------

a) Estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial, teniendo en cuenta los criterios a que refiere el artículo 2 de la presente ley.----------

b) Con base en lo dispuesto en el artículo 8 de la presente ley, proponer los criterios específicos para la designación de los Centros y Servicios de Referencia, así como el procedimiento para realizar la misma.

c) Evaluar las solicitudes de designación que se reciban y elevar un dictamen al Ministerio de Salud Pública.----------

d) Estudiar y proponer la renovación o, en su caso, la revocación de la designación de Centros y Servicios de Referencia, excepto en la hipótesis del literal f del artículo 8, en la cual no será preceptiva su intervención.--------

e) Proponer los procedimientos de referencia y contra referencia de

usuarios a Centros y Servicios de Referencia. ----------

f) Elaborar su reglamento interno de funcionamiento.----------

g) Otros que le asigne el Ministerio de Salud Pública relacionados con la materia de su competencia. ----------

Artículo 15°: (Opinión externa). La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia podrá incorporar a sus deliberaciones, con voz pero sin voto, a expertos cuya opinión considere oportuna en razón de la materia de que se trate, así como constituir grupos temáticos de trabajo cuando lo considere necesario.----------

CAPITULO IV

FINANCIAMIENTO

Artículo 16°: (Mecanismos). El financiamiento de la atención de patologías que se brinden en los Centros y Servicios de Referencia designados de conformidad con lo dispuesto en la presente ley, se solventará como se establece en los literales siguientes:---------

a) Las prestaciones que a la fecha de vigencia de la presente ley se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de

Recursos, seguirán siendo financiadas por el mismo.----------

b) Las prestaciones que, estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, a la fecha de vigencia de la presente ley no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiadas por éste en las condiciones que establezca la reglamentación.----------

La financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo. ----------

Dicho costo equivalente será mensual, consecutivo y directamente proporcional a la cantidad de usuarios inscriptos en los padrones de los prestadores, con independencia del número de actos médicos realizados. ----------

La reglamentación establecerá los mecanismos conforme a lo cuales se realizará la referida compensación.----------

La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales, podrán optar por el prepago al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados. ----------

Igual criterio se aplicará respecto de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado que posean carné de asistencia extendido por la misma. ----------

Artículo 17°: La designación de un Centro o Servicio de Referencia para la atención de patologías que a la fecha de vigencia de la presente ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, estará sujeta a la existencia de:----------

a) Informe favorable de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia.----------

b) Informe favorable de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas, que acredite la sustentabilidad financiera de la

incorporación de la atención de la patología de que se trate. ----------

CAPITULO V

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

Artículo 18°: (Formación de recursos humanos). Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades que se realicen en ellos, pudiendo a tales efectos celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión del Ministerio de Salud Pública. ----------

CAPITULO VI

SANCIONES

Artículo 19°: (Sanciones). Los prestadores públicos y privados que no den cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, serán pasibles de sanciones económicas, que aplicará el Ministerio de Salud Pública de conformidad con la normativa sanitaria vigente.----------

Carp. n.º 755/2017 - rep. n.º 521/17 anexo I
Comparativo

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
CAPÍTULO I **DISPOSICIONES GENERALES**	**CAPÍTULO I** **DISPOSICIONES GENERALES**
Artículo 1º. (Objetivo).- Declárase de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en salud, que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías, que al requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente la concentración de los casos a tratar en un número reducido de entidades.	**Artículo 1º**. (Objetivo).- Declárase de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud. **Estos** garantiza**rán** el acceso a la atención de calidad de patologías que, **por** requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente **su** concentración en un número reducido de entidades.
Artículo 2º. (Definición).- Se entiende por Centro o Servicio de Referencia a la entidad o parte de ella que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las siguientes características: a) Ser generalmente complejas y de baja prevalencia b) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como experiencia acumulada que se alcanza preferentemente a través de ciertos volúmenes de actividad. c) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización, que en atención a la ecuación costo-efectividad precise de la concentración de un número mínimo de casos. El Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia que crea la presente ley, determinará las patologías que reúnan las características referidas en los literales anteriores.	**Artículo 2º**. (Definición).- Se entiende por Centro o Servicio de Referencia a la entidad o **aquella parte de la misma** que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las siguientes características: a) Ser generalmente complejas y de baja prevalencia b) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada. c) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo-efectividad, precise de la concentración de un número mínimo de casos. El Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia que crea la presente ley, determinará las patologías que reúnan las características referidas en los literales anteriores.

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
Artículo 3º. (Cobertura geográfica).- Los Centros y Servicios de Referencia darán cobertura en todo el territorio nacional a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y permitirán el acceso a quienes requieran de sus servicios en igualdad de condiciones.	**Artículo 3º.** (Cobertura geográfica).- Los Centros y Servicios de Referencia darán cobertura en todo el territorio nacional a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y permitirán el acceso a quienes requieran de sus servicios en igualdad de condiciones.
Artículo 4º. (Derivación obligatoria).- En caso de patologías identificadas según lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley, los prestadores de servicios integrales de salud públicos y privados de todo el país deberán derivar a las personas inscriptas en sus padrones de usuarios a los Centros y Servicios de Referencia designados para la atención de las mismas.	**Artículo 4º.** (Derivación obligatoria).- En caso de patologías identificadas en las disposiciones de la presente ley, los prestadores de servicios integrales de salud públicos y privados de todo el país deberán derivar a las personas inscriptas en sus padrones de usuarios a los Centros y Servicios de Referencia designados para la atención de las mismas.
Artículo 5º. (Alcance de la intervención).- La derivación de usuarios a un Centro o Servicio de Referencia no traslada la responsabilidad que tiene el prestador de servicios integrales de salud sobre el usuario en cuyos padrones el mismo esté inscripto, debiendo actuar el Centro o Servicio de Referencia como apoyo para la confirmación diagnóstica, realización de técnicas y procedimientos terapéuticos y evacuación de consultas de los prestadores en lo pertinente a su competencia.	**Artículo 5º.** (Alcance de la intervención).- La derivación de usuarios a un Centro o Servicio de Referencia no **exime** la responsabilidad que tiene el prestador de servicios integrales de salud sobre el usuario en cuyos padrones el mismo esté inscripto, debiendo actuar el Centro o Servicio de Referencia como apoyo para la confirmación diagnóstica, realización de técnicas y procedimientos terapéuticos y evacuación de consultas de los prestadores en lo pertinente a su competencia.
Artículo 6º. (Procedimientos de referencia y contra referencia).- Con base en las propuestas de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, el Ministerio de Salud Pública aprobará los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios, los que deberán cumplir con los protocolos que se elaboren al efecto.	**Artículo 6º.** (Procedimientos de referencia y contra referencia).- Con base en las propuestas de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, el Ministerio de Salud Pública aprobará los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios, los que deberán cumplir con los protocolos que se elaboren al efecto.
CAPÍTULO II **DESIGNACIÓN** **Artículo 8º.** (Designación).- La designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública	**CAPÍTULO II** **DESIGNACIÓN** **Artículo 7º.** (Designación).- La designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
de acuerdo a la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales. Los criterios para esa designación considerarán, como mínimo, los siguientes aspectos: a) Demostrar conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología de que se trate. b) Haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología para la que se solicita la designación como Centro o Servicio de Referencia, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias. c) Contar con el equipamiento y disponibilidad de recursos humanos y materiales suficientes para desarrollar la actividad de que se trate. d) Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados. e) Tener capacidad y disposición para la formación, en la actividad de que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad. f) Garantizar la continuidad e ininterrupción del servicio, ofreciendo la asistencia alternativa para el caso de que el servicio se viera interrumpido por causas de fuerza mayor, vinculadas a problemas de carácter estructural de las instalaciones o equipamientos, debiendo en dicho caso presentar convenios de servicios con quien prestará el servicio en forma transitoria, quien también deberá contar	de acuerdo a la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales. Los criterios para esa designación considerarán, como mínimo, los siguientes aspectos: a) **Acreditar** conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología de que se trate. b) Haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología para la que se solicita la designación como Centro o Servicio de Referencia, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias. c) Contar con con equipamiento, recursos humanos y materiales disponibles, suficientes y **actualizados**. d) Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados. e) **Acreditar** capacidad y disposición para la formación, en la actividad de que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad. f) Garantizar la continuidad e ininterrupción del servicio.

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
con habilitación del Ministerio de Salud Pública. *En caso de que el servicio se vea interrumpido por motivos que no constituyan fuerza mayor o no se cumpla en forma inmediata con la asistencia alternativa para el caso de interrupción por fuerza mayor, el Ministerio podrá disponer la revocación de la designación del referido centro de referencia, sin perjuicio de las acciones administrativas y penales que correspondan.*	**Segundo párrafo pasa al Capítulo VI Sanciones**
	Artículo 8º.- El Ministerio de Salud Pública establecerá los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar la prestación del servicio, en caso de imposibilidad del Centro o Servicio de Referencia.
Artículo 9º. (Llamado a interesados).- El Ministerio de Salud Pública realizará llamados públicos a interesados en la designación como Centro o Servicio de Referencia, mediante mecanismos que garanticen la igualdad de oportunidades para todos los interesados. Podrán solicitar la designación de Centro o Servicio de Referencia entidades públicas y privadas. La selección por parte del MSP se hará teniendo en cuenta el informe que eleve la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia. El Ministerio de Salud Pública podrá prescindir del llamado y designar directamente como Centro o Servicio de referencia, en aquellos casos en que a la fecha de aprobación de la presente ley, existan entidades que tengan exclusividad la atención de cierta patología, que determinen por razones de buena administración, la inncesariedad de realizar el referido llamado público.	**Artículo 9º.** (Llamado a interesados).- El Ministerio de Salud Pública realizará llamados públicos a interesados en la designación como Centro o Servicio de Referencia, mediante mecanismos que garanticen la igualdad de oportunidades para todos los interesados. Podrán solicitar la designación de Centro o Servicio de Referencia entidades públicas y privadas. **Artículo 10** (Excepciones).- En aquellos casos en que a la fecha de aprobación de la presente ley existan entidades que tengan en exclusividad la atención de cierta patología, el Ministerio de Salud Pública, por razones de buena administración, podrá prescindir del llamado y designar directamente como Centro o Servicio de Referencia **sin necesidad** de realizar **el mismo**.
Artículo 10. (Autonomía).- Sin perjuicio de los controles a cargo de la autoridad sanitaria que prescribe la normativa aplicable, la designación como Centro o Servicio de Referencia no afectará la	**Artículo 11.** (Autonomía).- La designación como Centro o Servicio de Referencia no afectará la autonomía técnica ni administrativa, **como así tampoco** la dependencia jerárquica de

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
autonomía técnica y administrativa de las entidades ni, en su caso, su dependencia jerárquica.	las entidades. **Será de** cargo de la autoridad sanitaria correspondiente, realizar los controles según lo prescriba la normativa aplicable.
Artículo 11. (Habilitación).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública, obtenida de conformidad con la normativa sanitaria aplicable.	**Artículo 12.** (Habilitación).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública, obtenida de conformidad con la normativa sanitaria aplicable.
Artículo 12. (Registro).- Créase en el Ministerio de Salud Pública el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Los centros y servicios que hayan sido designados como tales deberán remitir al registro los datos que les sean requeridos, cuyo contenido, forma y temporalidad determinará reglamentación de la presente ley.	**Artículo 13.** (Registro).- Créase en el Ministerio de Salud Pública el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Los centros y servicios que hayan sido designados como tales deberán remitir al registro los datos que les sean requeridos, cuyo contenido, forma y temporalidad determinará reglamentación de la presente ley.
Artículo 7º. (Transición).- Aquellas entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, incluyan entre sus prestaciones regulares las identificadas como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y que no obtengan para sí mismas la designación como tales, deberán cesar en esas actividades específicas, sin perjuicio de la continuidad de sus demás prestaciones. El Ministerio de Salud Pública determinará por resolución fundada el plazo que tendrá cada entidad para cesar su atención en las prestaciones regulares que hayan sido identificadas como de derivación obligatoria, la que no podrá exceder de 36 meses ni será inferior a 12 meses. El plazo mínimo podrá ser reducido en caso de existir acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la entidad correspondiente.	**Artículo 14**.- (Transición).- Aquellas entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, incluyan entre sus prestaciones regulares las identificadas como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y que no obtengan para sí mismas la designación como tales, deberán cesar en esas actividades específicas, sin perjuicio de la continuidad de sus demás prestaciones. El Ministerio de Salud Pública determinará por resolución fundada el plazo que tendrá cada entidad para cesar su atención en las prestaciones regulares que hayan sido identificadas como de derivación obligatoria, la que no podrá exceder de treinta y seis meses ni será inferior a doce meses. El plazo mínimo podrá ser reducido en caso de existir acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la entidad correspondiente.

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
CAPÍTULO III **COMISIÓN HONORARIA ASESORA** **Artículo 13.** (Comisión Honoraria Asesora).- Créase la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública. Estará integrada por dos representantes de esa cartera, uno de los cuales la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos. Por cada representante titular, se designará alterno.	**CAPÍTULO III** **COMISIÓN HONORARIA ASESORA** **Artículo 15.** (Comisión Honoraria Asesora).- Créase la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública. Estará integrada por dos representantes de esa cartera, uno de los cuales la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos. Por cada representante titular, se designará un alterno.
Artículo 14. (Cometidos).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia tendrá los siguientes cometidos: a) Estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial, teniendo en cuenta los criterios a que refiere el artículo 2º de la presente ley. b) Con base en lo dispuesto en el artículo 8º de la presente ley, proponer los criterios específicos para la designación de los Centros y Servicios de Referencia, así como el procedimiento para realizar la misma. c) Evaluar las solicitudes de designación que se reciban y elevar un dictamen al Ministerio de Salud Pública.	**Artículo 16.** (Cometidos).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia tendrá los siguientes cometidos: a) Estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial, teniendo en cuenta los criterios a que refiere el artículo 2º de la presente ley. b) Con base en lo dispuesto en el artículo 8º de la presente ley, proponer los criterios específicos para la designación de los Centros y Servicios de Referencia, así como el procedimiento para realizar la misma. **c)** Evaluar las **propuestas presentadas por los interesados a llamados de Centros y Servicios de Referencia, debiendo** elevar **informe fundado al Ministro de Salud Pública a los efectos de la selección y designación.**

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
d) Estudiar y proponer la renovación o, en su caso, la revocación de la designación de Centros y Servicios de Referencia, excepto en la hipótesis del literal f) del artículo 8º, en la cual no será preceptiva su intervención. e) Proponer los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios a Centros y Servicios de Referencia. f) Elaborar su reglamento interno de funcionamiento. g) Otros que le asigne el Ministerio de Salud Pública relacionados con la materia de su competencia.	d) Estudiar y proponer la renovación o, en su caso, la revocación de la designación de Centros y Servicios de Referencia. e) Proponer los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios a Centros y Servicios de Referencia. f) Elaborar su reglamento interno de funcionamiento. g) Otros que le asigne el Ministerio de Salud Pública relacionados con la materia de su competencia.
Artículo 15. (Opinión externa).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia podrá incorporar a sus deliberaciones, con voz pero sin voto, a expertos cuya opinión considere oportuna en razón de la materia de que se trate, así como constituir grupos temáticos de trabajo cuando lo considere necesario.	**Artículo 17.** (Opinión externa).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia podrá incorporar a sus deliberaciones, con voz pero sin voto, a expertos cuya opinión considere oportuna en razón de la materia de que se trate, así como constituir grupos temáticos de trabajo cuando lo considere necesario.
CAPÍTULO IV **FINANCIAMIENTO** **Artículo 16.** (Mecanismos).- El financiamiento de la atención de patologías que se brinden en los Centros y Servicios de Referencia, designados de conformidad con lo dispuesto en la presente ley, se solventará como se establece en los literales siguientes: a) Las prestaciones que a la fecha de vigencia de la presente ley se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por el mismo.	**CAPÍTULO IV** **FINANCIAMIENTO** **Artículo 18.** (**Financiamiento**).- El financiamiento de la atención de patologías que se brinden en los Centros y Servicios de Referencia, designados de conformidad con lo dispuesto en la presente ley, se solventará como se establece en los literales siguientes: a) Las prestaciones que a la fecha de **entrada en** vigencia de la presente ley se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por el mismo.

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
b) Las prestaciones que, estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, a la fecha de la vigencia de la presente ley no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiadas por éste en las condiciones que establezca la reglamentación.	b) Las prestaciones que, estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, a la fecha de **entrada en** vigencia de la presente ley **y** no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiadas por éste en las condiciones que establezca la reglamentación. **c) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, quedarán sujetos a informe favorable de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas de manera de acreditar la sustentabilidad financiera.**
La financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.	La financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.
Dicho costo equivalente será mensual, consecutivo y directamente proporcional a la cantidad de usuarios inscriptos en los padrones de los prestadores, con independencia del número de actos médicos realizados.	Dicho costo equivalente será mensual, consecutivo y directamente proporcional a la cantidad de usuarios inscriptos en los padrones de los prestadores, con independencia del número de actos médicos realizados.
La reglamentación establecerá los mecanismos conforme a los cuales se realizará la referida compensación.	La reglamentación establecerá los mecanismos conforme a los cuales se realizará la referida compensación.
La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales, podrán optar por el prepago	La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales **del Ministerio del**

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados. Igual criterio se aplicará respecto de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado que posean carné de asistencia extendido por la misma.	**Interior**, podrán optar por el prepago al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados. Igual criterio se aplicará respecto de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado que posean carné de asistencia extendido por la misma.
Artículo 17.- La designación de un Centro o Servicio de Referencia para la atención de patologías que a la fecha de vigencia de la presente ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobado por el Ministerio de Salud Pública, estará sujeta a la existencia de: a) Informe favorable de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia. b) Informe favorable de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas, que acredite la sustentabilidad financiera de la incorporación de la atención de la patología de que se trate.	**SE ELIMINA**
CAPÍTULO V **FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS** **Artículo 18.** (Formación de recursos humanos).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades que se realicen en ellos, pudiendo a tales efectos celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión del Ministerio de Salud Pública.	**CAPÍTULO V** **FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS** **Artículo 19.** (Formación de recursos humanos).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades que se realicen en ellos, pudiendo a tales efectos celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión del Ministerio de Salud Pública.

Proyecto de ley del Poder Ejecutivo	Proyecto de ley de la Comisión
CAPÍTULO VI **SANCIONES** **Artículo 19.** (Sanciones).- Los prestadores públicos y privados que no den cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, serán pasibles de sanciones económicas, que aplicará el Ministerio de Salud Pública de conformidad con la normativa sanitaria vigente.	**CAPÍTULO VI** **SANCIONES** **Artículo 20.** (Sanciones **económicas**).- Los prestadores públicos y privados que no den cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, serán pasibles de sanciones económicas, que aplicará el Ministerio de Salud Pública de conformidad con la normativa sanitaria vigente.
Ver: *segundo párrafo del literal f) del artículo 8º*	**Artículo 21.** (Sanciones por discontinuidad del servicio).- En caso que el servicio se vea **discontinuado** por motivos **o hechos imputables al Centro o Servicio de Referencia**, el Ministerio de Salud Pública podrá disponer la revocación de la designación de este, sin perjuicio de las acciones administrativas, **civiles** y penales que correspondan. -

Carp. n.º 755/2017 - rep. n.º 521/17 anexo II

CÁMARA DE SENADORES
Comisión de Salud Pública

CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD

INFORME

Los principios rectores que rigen el Sistema Nacional Integrado de Salud implementado por la ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007 son, entre otros, universalidad, accesibilidad, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones de salud.

Para la consecución de esos principios es necesario organizar los servicios según niveles de complejidad en el territorio y lograr una adecuada distribución de los equipos de salud, recursos materiales, financieros y capacidad sanitaria instalada.

La reforma de la salud emprendida en nuestro país es un proceso que supone avanzar superando la fragmentación, la superposición de recursos, así como seguir profundizando el cambio del modelo de atención, centrado en los usuarios.

La calidad asistencial y la accesibilidad a los servicios sanitarios en forma universal, son derechos humanos que deben ser garantizados y constituyen elementos comunes de las organizaciones de salud del mundo.

El continuado avance y transformación de la medicina atraviesa a todas las especialidades y fases del proceso asistencial con elevado nivel de especialización, tanto en recursos humanos como materiales.

Las complejidades que tienen las especialidades deben ser abordadas con el mejor espíritu de su resolución en alianza con el desarrollo de las tecnologías.

La salud no puede considerarse como un mero derecho a acceder a un efector, sino a la generación de condiciones que aseguren el acceso de todos los ciudadanos a la atención comprobada y a prestaciones con evidencia de los mejores resultados.

La respuesta a los desafíos que plantea la medicina especializada en esta época dejó de ser individual pasando a lo organizacional, debiendo abordarse en sistemas y organizaciones eficientes.

Desde hace más de 30 años existe evidencia en el mundo, que la calidad se logra a través de una combinación de estructuras, procesos y medición de resultados. Ello conduce a la necesidad de desarrollar la actividad en pocos centros altamente especializados que concentren por su volumen la calificación para mejorar la calidad y ser altamente competitivos, así como la de concentrar la tecnología costosa que permita una utilización racional, efectiva y más económica para el país.

Por tanto, es imprescindible implementar sistemas sustentados por estructuras organizativas que armonicen a los profesionales más idóneos, las instalaciones y los equipamientos más avanzados que permitan soportar estos procesos y desarrollar programas que optimicen los resultados.

En nuestro país, existe una dispersión contraria a la filosofía del Sistema Nacional Integrado de Salud que restringe oportunidades a muchos ciudadanos. En Montevideo, en poco menos de 10 kilómetros cuadrados existen más de 40 efectores de salud dispersos. Sucede que cada prestador tiene estructuras propias para atender pocos casos, pero debe hacerlo por imperio normativo. Por tanto es racional y necesario avanzar a nuevos modelos organizacionales.

En ese proceso, el abordaje de determinadas patologías complejas y de baja prevalencia, que suponen por sus particularidades una alta experticia del equipo de salud para su mejor y más eficiente resolución, impone la necesidad de consolidar estructuras que oficien como centros de referencia nacional para su mejor atención y garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de las mismas.

Estos centros de referencia de patologías complejas, integrados a la red asistencial, permitirían mejorar la accesibilidad de los usuarios alcanzando mejores niveles de resultados, en la medida que concentran el necesario volumen de pacientes que se requiere para alcanzar los mejores estándares de calidad.

La necesidad antedicha se reflejó asimismo en la declaración final de la 9ª Convención Médica Nacional, en cuyo ítem "Mejora del modelo de práctica en la atención médica" se expresa: "... *la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y pro actividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para mejorar la práctica médica*".

En la mayor parte de los países desarrollados se han creado los llamados Centros de Excelencia o Centros de Referencia, constatándose a partir de ello la mejora de la calidad de resultados en la atención de

diversas enfermedades. Este sistema comenzó en España en 2006, que hoy posee alrededor de 66 Centros de Referencia. Al comienzo las patologías que trataban estos centros eran fundamentalmente de resolución quirúrgica; luego sumaron otras no quirúrgicas, que mostraban que en hospitales de mayor volumen donde se realizaban técnicas complejas, los índices de calidad eran mayores, tanto en la resolución de los problemas como en la disminución en las complicaciones, en comparación con los procedimientos realizados por múltiples prestadores con escasos recursos y experiencia.

Por otra parte, también se ha demostrado que cuando los equipos profesionales tratan un volumen cuantitativamente importante de personas con la misma patología, los resultados son mejores y los costos menores.

A su vez, en Europa, comenzaron a constituirse Centros de Referencia Europeos debido a la existencia de enfermedades de tan baja prevalencia para todo el continente que racionalmente justifica el establecimiento de un único centro, por ejemplo en Francia u Holanda, para la atención de toda la comunidad europea que padece esa enfermedad.

La escasa población de nuestro país justifica la creación de Centros de Referencia. En este sentido, existe experiencia que demuestra que la concentración es posible, tanto en el ámbito público como en el privado. En nuestro país de hecho ya existen. Por ejemplo algunas instituciones que tenían servicios para el tratamiento de quemados han dejado de tratarlos y se derivan al Centro Nacional de Quemados (CENAQUE).

Además existen otros centros de referencia "de hecho", tales como: la Unidad bi Institucional de Enfermedades Hepáticas y Transplante Hepático del Hospital de Clínicas y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas; el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del Banco de Previsión Social; el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional de Tacuarembó; la Unidad de Ataque Cerebro Vascular del Hospital de Clínicas; el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Maciel; el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Maciel.

Es necesario dotar al Sistema Nacional Integrado de Salud de un marco regulatorio para el fortalecimiento del desarrollo de dichos servicios y su conformación institucional formal y con respaldo legal.

Es de suma importancia y necesario para el sistema sanitario avanzar en este proyecto. En la actualidad existen exclusivamente los IMAES (Institutos de Medicina Altamente Especializada), que cubren sobre todo patologías que requieren altos costos en materia de tecnología o una experticia especial de los profesionales. Esta nueva figura es una herramienta complementaria.

Teniendo en cuenta que la realidad muestra la existencia de diversos prestadores de servicios en materia de atención a las patologías que pretenden reservarse a los centros o servicios de referencia, se prevé una etapa de transición para la derivación de los recursos afectados.

En cuanto a la viabilidad económica de las nuevas figuras o estructuras proyectadas, se debe señalar que en realidad su financiamiento ya existe porque el tratamiento de muchas de estas patologías está incorporado a las obligaciones de los prestadores, por lo que de alguna manera dichas erogaciones estarían previstas.

En la primera etapa no se crearían nuevas estructuras o Centros de Referencia, sino que se seleccionaría a las que reúnen mejores condiciones para transformarse en un centro de este tipo. En definitiva se propicia el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de los que hoy se dispone, en aras de la mejora del gasto y de los resultados.

El proyecto de ley se divide en seis Capítulos.

En el **Capítulo I**, "**Disposiciones Generales**", se determina el objetivo de la norma, se establece el concepto de Centro o Servicio de Referencia y su alcance o cobertura geográfica. También se prevén situaciones de derivación obligatorias por parte de los prestadores integrales de salud, alcance de dichas intervenciones, como asimismo procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios.

El artículo 1 declara de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud, para garantizar el acceso a la atención de calidad de patologías que por requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente su concentración en un número reducido de entidades.

En el artículo 2 se define el concepto de Centro o Servicio de Referencia como la entidad o parte de la misma que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las características que indica, a saber:

- Ser generalmente complejas y de baja prevalencia;
- Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, en materia de recursos materiales, humanos, así como de experiencia acumulada;
- Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo efectividad, precise de la concentración de un mínimo de casos.

Además se indica que el Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora de Centros y Servicios de

Referencia que se crea en el proyecto, determinará las patologías que reúnan las características supra indicadas.

El artículo 3 establece la cobertura geográfica de los centros y las condiciones de acceso a sus servicios en carácter de igualdad.

El artículo 4 refiere a casos de derivación obligatoria por parte de los prestadores integrales.

En el artículo 5 se prevé el alcance de la intervención del Centro de Referencia y responsabilidades del prestador de servicios integrales de salud.

El artículo 6 determina procedimientos de referencia y contra referencia de los usuarios que deben ser aprobados por el Ministerio de Salud en base a propuesta de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia.

En el articulado del **Capítulo II**, se regulan los criterios y mecanismos de selección y designación de los Centros. Además se establecen mecanismos que garanticen la prestación del servicio en caso de imposibilidad de cumplimiento de parte de la entidad obligada. También se prevé una etapa de transición para entidades que no obtengan la calidad de Centro o Servicio de Referencia y que incluyen entre sus prestaciones regulares la atención de las patologías de derivación obligatoria. A su vez, se crea un Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia.

En el artículo 7 se establece que la designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública conforme normativa de habilitación aplicable y se indican los aspectos mínimos para la consideración de las designaciones. Entre ellos, acreditar conocimiento y experiencia suficiente en el manejo de la patología de que se trate; contar con equipamiento, recursos humanos y materiales disponibles, suficientes y actualizados; haber tenido o prever volumen de actividad suficiente en la atención de la patología que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias.

El artículo 8 refiere a la situación de imposibilidad de prestación del servicio por parte del Centro. En tal caso, se prevé que el Ministerio de Salud Pública establecerá los mecanismos necesarios para garantizar las prestaciones del mismo.

Los artículos 9 y 10 refieren a los mecanismos de selección y de designación. En tal sentido, en el primero se aborda el procedimiento general, estableciendo que la designación de un Centro o Servicio de Referencia será precedida de un llamado público a interesados, a efectos de garantizar igualdad de oportunidades y que podrán presentarse entidades públicas y privadas. Por su parte, en el artículo 10, a vía de excepción se prevé la posibilidad de designar directamente un Centro o

Servicio de Referencia cuando existan entidades que tengan en exclusividad la atención de una patología y razones de buena administración lo justifiquen.

Los artículos 11 y 12 prevén aspectos vinculados a la autonomía técnica, administrativa y dependencia jerárquica de las entidades, así como la obligación de contar con habilitación correspondiente del Ministerio de Salud Pública conforme normativa sanitaria aplicable.

A través del artículo 13 se crea en el ámbito del Ministerio de Salud Pública un Registro de Información de Registros de Centros y Servicios de Referencia, al que estas entidades deberán remitir datos conforme lo determine la reglamentación de la ley.

El artículo 14 prevé una etapa de transición. Aborda la situación de entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la ley, incluyen entre sus prestaciones las identificadas como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y no obtengan tal designación. Para dichos casos se establecen plazos máximos y mínimos de cese a determinar por el Ministerio de Salud Pública.

En el **Capítulo III** se crea la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, se establecen sus cometidos y se prevé la facultad de solicitar opinión externa.

El artículo 15 crea la Comisión Honoraria, disponiendo que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y que se integrará con dos representantes de dicha cartera, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos.

El artículo 16 prevé los cometidos de la Comisión. Entre ellos, cabe destacar: estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial; proponer criterios específicos para su selección y designación y evaluar las propuestas presentadas por los interesados a llamados y elevar informe fundado al Ministro de Salud Pública a los efectos correspondientes.

El artículo 17 consagra la facultad de la Comisión de incorporar a sus deliberaciones opinión externa de expertos en razón de la materia de que se trate, con voz pero sin voto.

En el **Capítulo IV** que consta de un solo artículo, detalla los aspectos o formas de financiamiento.

En este sentido, el artículo 18 contiene las modalidades o formas de solventar el financiamiento de la atención de las patologías que se brinden

en los Centros y Servicios de Referencias, designados conforme a la ley, previéndose las siguientes:

- Prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la ley se encuentran cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por éste;
- Prestaciones que estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública a la fecha de entrada en vigencia de la ley no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiados por éste, en las condiciones que disponga la reglamentación; y
- Prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobado por el Ministerio de Salud Publica quedará sujeto a informe de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Se agrega además que la financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.

Por último, establece para la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del Ministerio del Interior así como para los usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado, opción por prepago al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o en su defecto por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados.

El **Capítulo V** refiere a la formación de Recursos Humanos.

El artículo 19 determina obligación de los Centros de contar con políticas y desarrollar actividades formativas relativas a sus especialidades. En ese marco, se prevé la posibilidad de celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas con supervisión Ministerial.

El **Capítulo VI** refiere a aspectos punitivos.

Los artículos 20 y 21 abordan aspectos de sanciones por incumplimientos de los Centros o Servicios de Referencia. En el primero se prevén sanciones económicas que aplicará el Ministerio de Salud Pública conforme legislación aplicable. En el artículo 21 se regula específicamente la situación de incumplimiento de la entidad por motivos o hechos que le

son imputables y la prerrogativa del Ministerio de Salud Pública de disponer sanción de revocación de designación como Centro o Servicio de Referencia, sin perjuicio de las acciones judiciales correspondientes.

Mónica Xavier
Senadora

SEÑORA PRESIDENTE.- En discusión general.

Tiene la palabra la miembro informante, señora senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Señora presidenta: la Comisión de Salud Pública recibió a varias delegaciones a la hora de considerar este proyecto de ley; por supuesto que al Ministerio de Salud Pública, a diversos catedráticos de la Facultad de Medicina, al Sindicato Médico del Uruguay, a la Cámara de Instituciones y Empresas de Salud y al Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

En ese ámbito, modificamos en algunos aspectos la iniciativa que originalmente nos envió el Poder Ejecutivo.

Los principios que rigen el Sistema Nacional Integrado de Salud implementado por la Ley n.º 18211, de 5 de diciembre de 2017, son, entre otros, la universalidad, la accesibilidad, la equidad, la continuidad y la oportunidad de prestaciones en salud.

Consideramos que este proyecto de ley se inscribe en un proceso que constituye la reforma de la salud donde, a nuestro juicio, esta propuesta logra hacer foco en la calidad de la atención. Obviamente, los principios a los que hacía referencia están enmarcados como telón de fondo de la iniciativa, pero creemos que el logro de una modalidad de esta naturaleza tiene una importancia fundamental en lo referido a la calidad de los servicios.

La consecución de todos estos principios supone una organización según niveles de complejidad en el territorio y una adecuada distribución de los equipos de salud, de los recursos materiales y financieros y de la capacidad sanitaria instalada.

Insistimos en cuanto a los recursos de salud porque, como veremos más adelante en el informe, no alcanza con tener los mejores profesionales médicos si no contamos con excelentes equipos de enfermería y complejos de operadores que logren, de estas intervenciones, los mejores resultados.

Por tanto, hay una apuesta a superar la fragmentación, que es uno de los temas que, como venimos reconociendo, fueron claves para intentar un sistema que la superara.

Además, está el tema de la superposición de recursos. Obviamente, el objetivo es centrar la reforma en el usuario, pero cuando hacíamos los primeros marcos legales referidos a ella decíamos que era muy importante –y que llevaría su tiempo– lograr el cambio de modelo de atención. Si bien este no es un proyecto de ley dirigido al primer nivel de atención, es clave que el sistema siga reforzándolo y, para ello, el cambio del modelo es esencial.

La calidad asistencial y la accesibilidad a los servicios sanitarios en forma universal son derechos humanos que deben ser garantizados y, en el mundo, constituyen elementos comunes de las organizaciones de salud. Somos conscientes de que en los países desarrollados o subdesarrollados el tema de la salud está hoy en consideración, porque no solo representa –sin duda– una política esencial, sino que también supone extraordinarios recursos financieros para sustentarla adecuadamente.

El continuo avance y la consiguiente transformación de la medicina atraviesan todas las especialidades y, además, todas las fases del proceso asistencial. Hay un elevado nivel de especialización de los recursos, tanto humanos como materiales, y si frente a esto no hay una política con una rectoría muy fuerte, la inducción de demanda en un área como la salud lleva a gastos que no siempre son sustentables, y sabemos que cuando los sistemas de salud no son sustentables, quienes más lo sienten son aquellos que no tienen los recursos como para acceder a ellos.

La salud no puede considerarse como un mero derecho a acceder a un efector, sino que tiene que ver con la generación de condiciones que aseguren el acceso de todos los ciudadanos a la atención comprobada y a prestaciones con evidencia de los mejores resultados.

Sin duda que también en el tema sanitario los cambios se han dado y, como decíamos, no alcanza solo con poder acceder a la salud. Los niveles de exigencia de los ciudadanos son cada vez mayores, y es muy bueno que se logren sociedades empoderadas, que reclamen mejores niveles de satisfacción cuando estamos hablando, nada más y nada menos que de un derecho esencial como es la salud. Esto es clave.

La respuesta a los desafíos que plantea la medicina especializada en esta época dejó de ser individual y pasó a ser organizacional, debiendo abordarse en sistemas y en organizaciones eficientes, y esto también es clave: no existe sustentabilidad si no tenemos una concepción de sistema. En nuestro país, la transformación que venimos procesando pretende que este derecho sea garantizado tanto por efectores públicos como por efectores privados. Allí hay ventajas comparativas, pero también dificultades adicionales para lograr una combinación de ambos subsistemas con lógicas que, a veces, se contraponen.

Desde hace más de treinta años existe evidencia en el mundo de que la calidad se logra a través de una combinación de estructura, procesos y medición de resultados. Sin duda este proyecto de ley –o cualquier otro de carácter sanitario– se tiene que fundar en un buen sistema de información, y ese es un desafío permanente, porque no existe rectificación ni desarrollo de las políticas si no nos basamos en números y evidencias que permitan sustentarlas.

Todo esto conduce a la necesidad de desarrollar la actividad, como plantea este proyecto de ley, en pocos centros altamente especializados que concentren, por su volumen, la calificación para mejorar la calidad, ser altamente com-

petitivos y concentrar la tecnología costosa que permita su utilización racional, efectiva y más económica para el país.

Una de las cosas que queremos significar es que la reforma del sistema no ha supuesto un incremento del producto bruto interno destinado a la salud. Obviamente, sí ha supuesto valores absolutos mucho más significativos en materia presupuestal, dado que el propio producto bruto interno se ha multiplicado por cuatro, pero es muy bueno que sigamos analizando algunas líneas conductoras en el Sistema Nacional Integrado de Salud que logran mantenerse con equilibrio y ponderación.

Por lo tanto, se vuelve imprescindible implementar sistemas sustentados por estructuras organizativas que armonicen a los profesionales más idóneos con las instalaciones y los equipamientos más avanzados que permitan soportar estos procesos y desarrollar programas que optimicen los resultados. ¡No alcanza con el mejor equipo humano o con el mejor equipo técnico! Esta es una tensión permanente en la salud porque, sin duda, quienes además somos profesionales de la medicina sabemos de la importancia de la acción humana en estos casos y de no dejarnos sustituir por una tecnología que resulta avasallante en todas las áreas. Además, es una profesión que ha multiplicado –y sigue haciéndolo– su conocimiento de manera exponencial, lo que constituye un desafío permanente de capacitación de los recursos humanos.

En nuestro país existe una dispersión contraria a la filosofía del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta dispersión restringe oportunidades a muchos ciudadanos. En Montevideo, en poco menos de diez kilómetros cuadrados, hay más de cuarenta efectores de salud dispersos. Ahora bien, sucede que cada prestador tiene estructuras propias, porque la normativa así se lo exige. Por eso es importante que hoy entendamos que esta ley es imprescindible para seguir avanzando, porque ninguno de esos efectores puede decir: «Bueno, entonces tal prestación no la cumpliría porque hay otros que lo están haciendo y lo hacen bien». De hecho, como veremos más adelante, esto se ha dado en algunas prestaciones, pero lo importante es que logremos una norma que garantice y organice este sistema al que hacíamos referencia, lo que supone que organizacionalmente tiene que haber cambios sustantivos.

En este proceso, el abordaje de determinadas patologías complejas y de baja prevalencia que suponen, por sus particularidades, una alta experticia del equipo de salud para su mejor y más eficiente resolución, impone la necesidad de consolidar estructuras que oficien como centro de referencia nacional para la mejor atención y garanticen la equidad en el acceso a las mismas.

Estos centros de referencia de patologías complejas, integrados a la red asistencial, permitirían mejorar la accesibilidad de los usuarios y alcanzar mejores niveles de resultados en la medida en que concentran el necesario volumen de pacientes que se requiere para alcanzar los mejores estándares de calidad. Hay una curva de aprendizaje que es ineludible en todas estas patologías, y es muy importante que permitamos no solo que se expanda sino también que, como decíamos, tengamos permanente capacitación en esas fortalezas.

Este tema fue central en la 9.ª Convención Médica Nacional, en donde se tomaron resoluciones muy importantes que fueron resaltadas por muchos de quienes comparecieron ante la comisión, porque no es un proyecto que no tenga referencias en el mundo ni que carezca de sustento en el impulso a nivel de quienes protagonizan la salud en el medio. Obviamente, dentro del mismo está toda la gama de énfasis, de diferencias y de contradicciones que supone encarar formalmente, por primera vez, este tema.

Voy a citar un ítem de las resoluciones que aprobó la citada convención en su momento: «“Mejora del modelo de práctica en la atención médica” se expresa en: “… la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para mejorar la práctica médica”». Cuando vemos esta referencia, advertimos que hay una cantidad de conceptos que hay que tener en cuenta.

Quiero aclarar que no se trata de un proyecto que, a primera vista, resulte fácil, por lo que si en algún momento reitero los conceptos es porque al suponer un nuevo diseño organizacional y estar interconectado con el conjunto del sistema, a veces parece ser más complejo, ya que tiene múltiples entradas para su abordaje.

Como decíamos, en la mayor parte de los países desarrollados se han creado estos centros de excelencia o centros de referencia, y a partir de eso se constató una mejora en la calidad de atención de diferentes enfermedades. En España, en el 2006, comenzó a darse este sistema de centros, y en la actualidad tienen aproximadamente sesenta y seis, donde se brinda atención preferencial en estas patologías. Al comienzo –porque todo esto supone un proceso en su instalación–, las patologías que trataban esos centros eran fundamentalmente de resolución quirúrgica, y luego se sumaron otras no quirúrgicas. Esto mostró que en hospitales de mayor volumen donde se realizaban técnicas complejas, los índices de calidad eran mayores, tanto en la resolución de los problemas como en la disminución de las complicaciones, en comparación con los procedimientos practicados por múltiples prestadores de escasos recursos y experiencia. Es un poco lo que hoy decimos que nos está pasando, y deberíamos terminar con esa fragmentación para poder encarar un nuevo desafío en esta materia. Ese desafío no se implementa a partir de la aprobación de este proyecto de ley como un hecho único, sino que habilita un proceso que llevará su tiempo pero que es muy bueno empezar a transitar.

También se ha demostrado que cuando los equipos profesionales tratan un volumen cuantitativamente importante de personas por la misma patología, los resultados son mejores, y los costos, menores. Y en esto hay que tener claro que, muchas veces, uno simplifica y dice: «Ah, bueno, pero esto lo cubre el sector privado; esto sí es importante porque lo cubre el sector público y es esfuerzo de todos». ¡No!; el sector privado, teóricamente, también lo pagamos todos. En salud –como decíamos al principio–, inducir demanda es muy fácil. Todo el mundo quiere la excelencia para sí o para su entorno, y entonces siempre hay quien va a ofrecer algo que no supone una mejora sustantiva –por ejemplo, en un aparato para diagnóstico–, pero uno ahí no hace la cuenta. Ahora bien, las cuentas en la economía de la salud son fundamentales porque, como decíamos, no hay sustentabilidad y es tan fácil inducir demanda que los sistemas se desfondan con mucha claridad. En el mundo hemos visto sistemas muy sólidos que se pusieron en práctica hace muchas décadas, pero que han sido impactados negativamente por no haber tenido mayor rigor en materia de recursos financieros.

En Europa ya comenzaron a constituirse estos centros de referencia a nivel de toda la comunidad europea. Es así que Francia y Holanda tienen centros de referencia porque, como decía, hay dos parámetros importantes a considerar: la complejidad y la baja prevalencia. Sin duda, lo de la baja prevalencia es toda una discusión, pero hay que imaginar que, en general, Uruguay no tiene demasiadas complicaciones –más allá de los estándares internacionales– con el tema de la baja prevalencia. Veremos que en materia de nuestra niñez o de nuestros recién nacidos, al tener 46.000 nacimientos al año, muchas de las patologías terminan siendo de muy baja prevalencia, cosa que en otros países quizás no es del mismo rango. Por eso creemos que es bueno que estemos enfrentando este tema también con la mirada de cuántos somos y quiénes somos en cada rango etario y en cada sexo.

Queríamos significar –para ir introduciendo algunos temas– que en nuestro país los centros de referencia ya existen de hecho y que, con la consagración de este marco legal, existirían de derecho y tendrían un proceso armónico para ir desarrollándose.

En nuestro país había varias instituciones que trataban a los quemados y, en algún momento, se fue delegando esa función en el ámbito que mejores resultados tenía y que concentraba las mejores capacidades, tanto humanas como tecnológicas. ¡Eso fue el Cenaque! Bueno, el Cenaque es un centro de referencia del quemado y, en general, uno no diría que van a venir ni cuatro, ni cinco, ni una institución a decir: «¡Ah no!; yo voy a competir con el Cenaque». Pero hay que estar a salvaguarda de eso, porque cuando se mercantiliza la salud, es posible que esto ocurra. Entonces, vamos en el proceso inverso, en el de la búsqueda de las garantías de la excelencia, pero me parece importante que no veamos esto como absoluta novedad sino como algo que nos está pasando y que en muchos casos fue producto de madurar algunas realidades que resultaban inexcusables. Y cuando uno ve que hay resultados que no son los deseados en esta materia, sin duda tiene que responder rápidamente.

El Cenaque no es el único centro de referencia. Hay otros. Por ejemplo, en más de una oportunidad hemos hablado acá de las enfermedades hepáticas y del trasplante hepático, que son atendidas en una biinstitucionalidad del Hospital de Clínicas y del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, que sin duda es el lugar de referencia para el país; por escala. Sería ilógico pensar en un segundo centro de referencia.

El Banco de Previsión Social tiene un centro de referencia para atender los casos de defectos congénitos, de enfermedades raras. Cuando vemos avances en neurocirugía –que nos deja muy contentos que se puedan dar en nuestro país–, todos pensamos en el Hospital de Tacuarembó. Cuando pensamos en cirugía de tórax de excelencia y en cirugía vascular, sabemos que hay otro centro público que es el Hospital Maciel.

Por lo tanto, como decía hoy, este tema no es una novedad, pero sí tenemos que señalar hoy que esto no puede seguir dándose por determinados factores aleatorios, sino que se tiene que dar por una buena regulación que podamos ir pautando a lo largo del tiempo, y que no se nos queden situaciones de inequidad por ahí escondidas.

Para nosotros, este camino es complementario al de los IMAE. Me imagino que más de uno de los señores senadores estará pensando: ¿y entonces qué pasa con los IMAE? Muchas veces uno siente que todos queremos tener uno muy cerca, pero, como vemos, estas cuestiones hacen que la racionalidad sea lo primero que tengamos que pensar en el momento de su diseño.

Por lo tanto, creemos que es una nueva figura que complementa el camino de las patologías que requieren de alta especialización.

En el proyecto de ley vimos como muy positiva una etapa de transición que está allí prevista, porque tenemos diversos sectores, diversos prestadores de los mismos servicios para iguales patologías. Entonces, cuando pensamos que habrá uno –porque así lo indican los parámetros que define el proyecto de ley– o a lo sumo dos, habrá que ver cómo se adecuan estas estructuras preexistentes que multiplican los servicios, y para ello es importante el período de transición que el proyecto prevé.

En cuanto a la viabilidad económica de las nuevas figuras, se debe decir que el financiamiento también existe o preexiste a esta nueva ley. ¿Por qué? Porque las patologías se tratan; en muchos casos están previstas dentro de los planes asistenciales, y hay un porcentaje de la cápita que se paga que las prevé. El proyecto de ley pretende que

esos dineros y esos recursos humanos dispersos se concentren en los centros de referencia proyectados.

En conversaciones mantenidas con las autoridades sanitarias en el seno de la comisión, se nos dijo que la primera etapa no estaría caracterizada por la creación de nuevas estructuras, pero sí por la regularización de las ya existentes y la previsión de futuros centros con las características que la ley define.

El proyecto de ley se divide en seis capítulos. Vamos a hacer una rápida revisión de su contenido para tener un panorama general.

En el capítulo I, «Disposiciones generales», se determina el objeto de la norma y se establece el concepto de centro o servicio de referencia. En este sentido, quiero aclarar que puede ser un único centro referido a una patología determinada o un servicio dentro de un centro que pueda atender esa patología. Por ejemplo, puede ser un hospital con atención integral que tenga un servicio específico y de referencia en el país para los hemofílicos. Sin duda, es una patología compleja en su tratamiento, pero que, además, por su incidencia y por el número que somos de uruguayos y de uruguayas, constituiría una de las necesidades que este proyecto debería intentar solucionar.

En este primer capítulo, además de la definición de los centros o servicios de referencia, se prevé la obligatoriedad de la derivación de los pacientes que así lo requieran para todas las etapas del proceso de esa patología. Esto quiere decir que el prestador integral no se desliga de su responsabilidad con el usuario o la usuaria, pero a los efectos del diagnóstico, del tratamiento y eventualmente de la rehabilitación de esa patología, el centro de referencia será quien tome cartas en el asunto.

En el artículo 1.º se declara de interés general la designación de estos centros o servicios de referencia y se definen las características: garantizar el acceso a la atención de calidad de estas patologías y la necesidad de concentrarlas en esos únicos centros.

En el artículo 2.º, se define el concepto de centro o servicio de referencia y se especifican las características de las patologías a tratar. Como primera característica, se establece que deben ser «generalmente complejas y de baja prevalencia». Esta expresión la veremos después en la discusión particular, pero digamos que se discutió hasta dónde era considerable el «generalmente», y concluimos que, en realidad, lo que pretende esta expresión de «generalmente complejas y de baja prevalencia» es dar un margen de actuación que combine esos criterios.

Por otro lado, se agrega que, para la adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la patología debe requerir de elevado nivel de especialización en materia de recursos materiales y humanos, así como de experiencia acumulada.

Esto es lo que deberá acreditar un centro que se proponga ser considerado o seleccionado en un llamado para el tratamiento de determinada patología.

Estas patologías también requerirán de recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo-efectividad, precise de la concentración de un número mínimo de casos. Sin duda, en la multiplicidad de los centros que atienden, el parámetro costo-efectividad no es algo con lo que se esté cumpliendo.

Para definir esto existe la competencia del órgano rector, el Ministerio de Salud Pública, al que en su ley fundacional se le confiere la rectoría en todos los aspectos sanitarios, pero tendrá una Comisión Honoraria Asesora. Más adelante, en otro de los artículos, se define su integración y sus competencias, elementos claves, porque en ella está depositada la capacidad técnica para la selección de estos centros. Supondrá, además, que en el proceso de desarrollo y frente a consultas de expertos regionales e internacionales, estos centros puedan seguir creciendo y tomando mayor relevancia.

El artículo 3.º establece la cobertura geográfica de los centros y las condiciones de acceso a los servicios en carácter de igualdad. Obviamente, nuestro país concentra el mayor nivel de población en la ele del litoral y del sur, pero particularmente en la región metropolitana. He aquí una de las tantas explicaciones, no solo de la concentración de los servicios sanitarios, sino de muchas otras cosas que ocurren en este país.

Ahora bien, dado que este proyecto de ley tiene vocación descentralizadora, se debe entender cómo, centralizando en un único lugar la atención de las patologías, se puede brindar una cobertura a la que tenga acceso el conjunto de los ciudadanos. Si pensamos esto fuera de la inserción en un sistema, fuera de los niveles en que se desarrolla la salud, puede ser complejo de entender; sin embargo, cuando lo visualizamos engarzado en el sistema, sin duda que es un desafío importante, pero es lo que compensa esa curva de *expertise* que tienen los profesionales y los recursos tecnológicos, con la necesidad de obtener los mejores resultados.

En el artículo 5.º se prevé el alcance de la intervención de los centros de referencia –como decíamos–, sin que el centro integral deje nunca de tener las responsabilidades esenciales sobre el usuario.

En el capítulo II se regulan los criterios y mecanismos de selección y designación de los centros. Además, se establecen mecanismos que garanticen la prestación del servicio en caso de imposibilidad de cumplimiento de parte de la entidad obligada. También se prevé una etapa de transición, a la que ya hicimos referencia.

A su vez, se crea un Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Sin duda, hay un mecanis-

mo de acreditación permanente de estos porque acá los centros son únicos y, por tanto, observar su mejor funcionamiento es esencial.

En el artículo 7.º se establece la designación de Centro o Servicio de Referencia, que estará a cargo del Ministerio de Salud Pública –como decíamos– conforme a la normativa de habilitación aplicable. Entre los aspectos transcendentes, se encuentran los siguientes: acreditar el conocimiento y la experiencia suficiente en el manejo de la patología de que se trate; contar con equipamiento, recursos humanos y materiales suficientes y actualizados; y haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias. Por supuesto, en algún momento surgirán centros que traten patologías que no tienen esta existencia previa. Por eso, en el proceso que desencadena la creación de estos centros se pueden identificar fases, que no estarán tan divididas; se irán superponiendo nuevos desafíos a enfrentar, como ha ocurrido con muchos de ellos en materia de salud, que han cambiado sustantivamente las patologías de otros siglos, los procedimientos para tratarlas, etcétera. En general, aquí, en el Senado, todos pertenecemos a una generación que vio la aparición del VIH/sida como una enfermedad fulminante, aguda; sin embargo, hoy podemos decir que la ciencia logró que sea una enfermedad crónica y que quienes la padecen puedan tener una excelente calidad de vida.

Entonces, estas transformaciones deben tener siempre los mejores niveles de asistencia.

Los artículos 9.º y 10 refieren a los mecanismos de selección y de designación. En el primero se aborda el procedimiento general, estableciendo que la designación de un centro o servicio de referencia será precedida de un llamado público a interesados. En este punto es muy importante garantizar la igualdad de oportunidades porque, como decía, esta ley tendrá que definir cuál será el centro de referencia –dentro de varios preexistentes– que atienda la patología, así como prever un centro de referencia cuando no existan antecedentes de tratamiento. Obviamente, el primer caso será el más complejo y habrá que ser muy claros en la acreditación. En el mismo artículo, a vía de excepción, se prevé la posibilidad de designar directamente un centro. Esta puede ser la situación planteada por algunos de los centros de hecho, únicos –a los que hacíamos referencia–, notoriamente competentes en la materia que abordan. Sería ridículo hacer un llamado cuando la experiencia demuestra que reúnen todas las condiciones para calificar.

Los artículos 11 y 12 prevén aspectos vinculados a la autonomía técnica, administrativa y dependencia jerárquica de las entidades, así como la obligación de contar con la habilitación correspondiente del Ministerio de Salud Pública, conforme a la normativa sanitaria aplicable.

A través del artículo 13 se crea, en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia, que mencionamos previamente.

El artículo 14 refiere a la etapa de transición, donde las entidades que ya brindan algunas de estas prestaciones deberán, progresivamente, ir desistiendo.

En el capítulo III se crea la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, donde también se establecen sus cometidos y se prevé la facultad de solicitar una opinión externa. Esto sin duda es muy importante para la mejor calidad de atención y referencia que esa comisión honoraria de carácter técnico pueda tener.

El artículo 15 define que la comisión funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y que se integrará con dos representantes de dicha cartera, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos.

El artículo 16 prevé los cometidos de la comisión. Entre ellos se destacan: estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud, proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un centro o servicio de referencia, definir el número de los mismos –en caso de que pudiera ser más de uno–, ubicarlos territorialmente, proponer criterios específicos para su selección y designación, así como evaluar las propuestas presentadas a los efectos de que el ministerio sea quien culmine la definición.

El artículo 17 consagra la facultad de la comisión de incorporar a sus deliberaciones opinión de expertos externos.

El capítulo IV, que consta de un solo artículo, detalla los aspectos y formas de financiamiento y, como decíamos, en principio este no será un tema de enorme trascendencia, aunque en lo que refiere a estas patologías tan complejas la financiación siempre es muy importante. De todas formas, hay recursos preexistentes ya asignados al tratamiento de dichas patologías. Por eso, el artículo 18 contiene las modalidades o formas de solventar este financiamiento: «a) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por el mismo.

b) Las prestaciones que, estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiadas por este en las condiciones que establezca la reglamentación.

c) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, quedarán sujetos a informe favorable de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas de manera de acreditar la sustentabilidad financiera».

Estas son las tres modalidades, algunas de las cuales van a requerir los recursos extras a los que hicimos referencia y otras precisarán un diseño institucional diferente para conseguirlos. Se agrega, además, que la financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir, de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.

En este sentido, se establece que para la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del Ministerio del Interior, así como para los usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado, se prevé la opción por prepago al Fondo Nacional de Recursos, calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o, en su defecto, por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados. El proyecto de ley prevé ambas opciones.

El capítulo V, «Formación de Recursos Humanos», en su artículo 19 determina la obligación de los centros o servicios de referencia de contar con políticas y desarrollar actividades formativas relativas a sus especialidades. En ese marco, se prevé la posibilidad de celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión ministerial. Esto parece fundamental para ampliar el campo de capacitación del conjunto de los integrantes del equipo de salud.

El capítulo VI prevé las sanciones frente al incumplimiento. Precisamente, los artículos 20 y 21 abordan aspectos de sanciones por incumplimiento de los centros o servicios de referencia. En el primero se prevén sanciones económicas que aplicará el Ministerio de Salud Pública conforme a la legislación vigente, aunque no se entra en detalles al respecto. En el artículo 21 se regula específicamente la situación de incumplimiento de la entidad por motivos o hechos que le son imputables y la prerrogativa del Ministerio de Salud Pública de disponer sanción de revocación de designación como centro o servicio de referencia, sin perjuicio de las acciones judiciales correspondientes.

En suma, no se trata de un proyecto de ley extenso, pero su comprensión supone cierta complejidad porque –como señalamos– hay que verlo en sí mismo, pero también en lo que significa inserto en el sistema de salud y sus diferentes niveles y complejidades.

Es cuanto quería informar.

Muchas gracias.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Ante todo, quisiera felicitar a la señora senadora Xavier por el esfuerzo que hizo al hablar por largo rato para fundamentar el proyecto de ley a pesar de la disfonía que la aqueja. Se trata de un esfuerzo físico que hay que subrayar.

Ingresando al análisis del proyecto de ley, debo decir que tengo un sentimiento que me genera cierto conflicto. ¿En qué sentido? Creo que es una buena idea y, como decía recién la señora senadora Xavier, es una línea de trabajo, una experiencia que el mundo está recorriendo. No olvidemos que en varios aspectos este texto ha sido sacado de manera prácticamente textual del Real Decreto 1302/2006 de España, aunque también hay experiencias de otros países que han recorrido este camino.

El concepto de intentar concentrar experiencias, recursos humanos y técnicos es bueno, pero sucede que la aplicación de este concepto en este proyecto de ley no está bien hecha, y en el futuro puede generar inconvenientes que no solo no nos permitan avanzar –que es lo que todos buscamos–, sino que nos hagan retroceder. Estamos hablando de un país como el nuestro, que ya tiene experiencia en el tratamiento de enfermedades complejas. Me refiero, por ejemplo, al trabajo del Fondo Nacional de Recursos con los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

Señora presidenta: permítame recordar brevemente al Cuerpo por qué surge este proyecto de ley. Tendría que revisar las fechas, pero –si no recuerdo mal– fue presentado hace varios meses por el Gobierno en pleno debate público de la aprobación del IMAE cardiológico de Salto. Ese fue el origen de esta iniciativa. ¿Por qué? Porque el Poder Ejecutivo no quería dar la habilitación al IMAE cardiológico de Salto. Mientras tanto, la opinión pública a nivel nacional –no solo de Salto–, diferentes actores sociales, técnicos, académicos y políticos, pedían la mencionada habilitación para lo cual, como saben, lo único que faltaba era la autorización político-administrativa porque todo lo demás ya estaba hecho en aquella ciudad.

A modo de argumento, el ministro de Salud Pública –doctor Basso– dijo que no iban a dar la autorización, pero que iban a presentar un proyecto de ley de creación de un centro de referencia donde, en el futuro, el centro cardiológico de Salto iba a estar contemplado. Ese fue, objetivamente, el origen político de este proyecto de ley. ¿Qué pasó después? Que el Poder Ejecutivo cambió de opinión y autorizó el IMAE cardiológico, pero el proyecto de ley siguió su camino. Está bien que así sea porque la idea es

buena, pero reitero que –a nuestro entender y con el mayor de los respetos– está muy mal aplicada. Este tema requiere mucho más trabajo.

Como es conocido por todos, presido la Comisión de Salud Pública y mis compañeros saben que trabajé mucho en este proyecto de ley aun votándolo en contra, como lo haré, porque sentía la responsabilidad de que viniera al plenario lo mejor posible. Tendré que votarlo en contra porque me parece que va a generar perjuicios si no se trabaja más. Esta es la primera cámara; habrá una segunda que analizará este proyecto de ley, y mi mayor deseo es que se pueda trabajar profundamente en él para mejorarlo.

Entiendo que la aplicación de esta iniciativa va a generar muchas confusiones debido a la falta de definiciones concretas. Por ejemplo, en el texto se habla de enfermedades de baja prevalencia, pero en ningún lugar se define qué es la baja prevalencia o cuál es su límite. Lo preguntamos específicamente al ministro de Salud Pública cuando vino a la comisión, y como no obtuvimos respuesta enviamos un conjunto de preguntas para que nos respondieran por escrito. Sin embargo, el mismo Ministerio de Salud Pública nos dice que es verdad que no hay una definición; que no hay un límite.

Por lo tanto, es muy difícil votar una definición sin saber exactamente qué implica. La Organización Mundial de la Salud define que una enfermedad es de baja prevalencia cuando presenta una frecuencia igual o menor a un caso por cada diez mil personas. En el caso de Uruguay este proyecto de ley estaría abarcando enfermedades que comprendan un límite de 340 o 350 habitantes. Esa es la definición de la OMS, pero este proyecto de ley no aclara que esa sea la que se tome como referencia. Menciono a la OMS porque se trata de un organismo internacional al que habitualmente recurrimos, pero hay otra definición y sería bueno saber a qué se refiere el proyecto de ley porque no lo dice; en mi opinión, eso es básico.

Se trata de un proyecto que expresa una voluntad, pero no tiene un solo estudio de factibilidad económica y financiera. Lo pedí concretamente diciendo que queríamos trabajar para mejorarlo, pero que teníamos que conocer los números que habían manejado. ¿Cuáles son los recursos? ¿De qué monto se está hablando? Se van a crear centros, pero para eso se necesitan recursos económicos. ¿Cuáles son esos recursos económicos? ¡No hay ningún estudio! Y no es que lo suponga quien habla, sino que lo pedimos específicamente y el Ministerio de Salud Pública, en un informe que nos remitió, dice que no existe.

También es confuso, señora presidenta, porque no hay un solo estudio en materia técnico-asistencial que indique la cantidad y cuáles serían los centros de referencia que se crearían. Uno imagina que se está pensando en patologías de baja prevalencia –primera definición–, que sean complejas –segunda definición–, que requieran concentración de recursos humanos –tercera definición– y de recursos técnicos –cuarta definición–, pero ¿a qué se refiere todo este paquete? ¿Cuáles son? En esto no hay novedad; no estamos hablando de enfermedades que no existan. ¿De qué cantidad estamos hablando? ¿De diez, veinte, cincuenta o sesenta centros? No hay respuesta. El ministerio, textualmente, nos dice que no se puede aventurar el número de centros que serán creados. Ahora, si están las definiciones y están las enfermedades, tienen que haber un número. Uno no espera que le digan: «Va a haber cuarenta y siete», pero sí una cifra aproximada. Y a partir de ella se desprendería el otro estudio que pedimos, que es el de factibilidad técnica y económica para saber si estos centros son sustentables.

¿Por qué digo esto? Entre otras cosas porque el IMAE de Salto no fue habilitado hasta que se presentó un estudio de factibilidad técnica. ¿Qué fue lo que pidió el Ministerio de Salud Pública a las autoridades mutuales de Salto? Que presentaran un estudio de factibilidad técnica; no les aprobaron el proyecto hasta que no se presentó este estudio. Entonces, ¿cómo uno puede aprobar la creación de centros que no tienen lo que el propio Ministerio de Salud Pública ha pedido?

Lo digo, señora presidenta –y vuelvo a reiterarlo porque lo quiero subrayar–, con la voluntad de que esto mejore y podamos acompañarlo, porque así como está redactado creemos que puede ser un retroceso y generar problemas.

Aparte, hay otro tema muy grave, que puede poner en riesgo la existencia del Fondo Nacional de Recursos. Si los problemas anteriores eran importantes, este, sin duda, es de los que en términos de país nos debería preocupar más, porque el sistema del Fondo Nacional de Recursos es, quizás, uno de los elementos positivamente diferenciales que tiene Uruguay con relación al mundo.

Hasta hace un tiempo –hasta 1996, cuando se reformó la Constitución– yo decía que cuando uno hablaba con una persona extranjera había dos asuntos que resultaban difíciles de explicar. Uno era el sistema electoral uruguayo, porque explicábamos que había varias candidaturas, y se votaba acá pero el voto caía en otro lado y, al final, nos enterábamos de lo que habíamos votado después del escrutinio. Esto no lo entendían, pero en el año 1996 se resolvió.

Otro asunto que los extranjeros no comprenden es cómo en el Uruguay, más allá de la condición económica, social o geográfica, cualquiera puede ser atendido de las patologías más graves y de más cara atención por los recursos tecnológicos que se necesitan, independientemente de que sea la persona más rica o más pobre que exista en el país. Todas son atendidas por las mismas personas, en los mismos lugares y con los mismos resultados, sin diferencia ninguna. ¡Ese es el Uruguay! Esto no existe en ningún lugar del mundo. En la mayoría de los países, si una persona requiere un trasplante renal y no tiene recursos, ¡fue! Acá, si vive en una casa lujosa o en un barrio muy humil-

de, por suerte y gracias a Dios, ¡no fue! Acá, el Uruguay te atiende. ¡Eso es el Fondo Nacional de Recursos!

En fin, el proyecto de ley que vamos a votar puede poner en riesgo esto, en primer lugar, porque genera una zona de confusión en sus definiciones. Se los voy a leer textualmente, para ser lo más gráfico posible. El artículo 2.º del proyecto de ley que estamos considerando dice: «Se entiende por Centro o Servicio de Referencia a la entidad o aquella parte de la misma que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las siguientes características:» –"dos puntos", como decía mi profesor de Biología de 5.º año, "uno arriba y otro abajo"–

«a) Ser generalmente complejas y de baja prevalencia.

b) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada.

c) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo-efectividad, precise de la concentración de un número mínimo de casos».

Esta es la definición de centros o servicios de referencia en salud.

¿Cuál es la definición de IMAE que tiene el Decreto n.º 358/993, que fue el que los reglamentó? Su artículo 4.º expresa: «Se entiende por "Institutos de Medicina Altamente Especializada" aquellos organismos que cumplan acciones de atención médica para el diagnóstico y tratamiento de afecciones cuya complejidad y costo requieran ser tratados mediante actos de medicina altamente especializada». Está casi clonado.

Por su parte, el artículo 5.º del citado decreto establece: «Se entiende por "Medicina Altamente Especializada" –de acuerdo al dictamen emitido por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República– la que "requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que están en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial"».

¡Es lo mismo! ¿Qué diferencia hay entre un centro de referencia y un instituto de medicina altamente especializada? ¡Ninguna! Entonces, estamos duplicando, creando institutos, centros de referencia, con la misma definición que tienen los institutos de medicina altamente especializada, financiados –como lo vamos a ver más adelante– por el Fondo Nacional de Recursos, duplicando lo que quizás podríamos hacer con la normativa que ya existe.

A ello debemos agregar un tema que todos debemos atender mucho y es que los resultados económicos del Fondo Nacional de Recursos permanecen en un equilibrio muy fino. Según las proyecciones que me han dado a conocer mis asesores, los ingresos al final del año que viene –2018– por todo concepto, es decir, por todos los aportes para técnicas y medicamentos que brinda el Fondo Nacional de Recursos, van a ser de USD 248:000.000, y el resultado de ese ejercicio se estima en USD 790.000. Es decir que, de los USD 248:000.000, lo que va a quedar por encima del cero son –en términos relativos– apenas USD 800.000, con las técnicas que hoy brinda. Recordemos que si se aprueba este proyecto de ley tal como está, se van a sumar una cantidad de centros que deberán ser financiados con este equilibrio tan débil. Advierto que este va ser el positivo para el 2018, pero parte del 2014 y hasta parte del 2016 quedó en números rojos. Así que es muy pero muy fino y es mucha la carga que le estamos imponiendo.

Por lo tanto, señora presidenta, las zonas de confusión, de conflicto, de duplicación y de falta de definiciones concretas y específicas, la falta de estudios económicos y técnico-asistenciales previos, nos llevan a votar negativamente el proyecto de ley –como ya lo dije– a pesar de compartir la idea general.

Pero, aparte, puede poner en riesgo económico a otras instituciones que debemos cuidar mucho. En Uruguay suele decirse que en materia de salud hay sector público y sector privado, pero desde mi punto de vista eso está mal dicho. Los prestadores de salud que cubren el 90 % de la atención en Uruguay son públicos, porque ASSE es público-estatal –que no es lo mismo que público–, así como también lo son el Hospital Militar, el Hospital Policial –antes los entes autónomos tenían sus propios servicios médicos– y las intendencias, pero las mutualistas también son públicas, porque los fondos que las financian son públicos. El Ministerio de Economía y Finanzas no tiene una maquinita para hacer girar y sacar plata, sino que la plata es de los trabajadores y de los jubilados que, vía Fonasa, financian las mutualistas y parte de ASSE, pues otra parte de la financiación de ASSE está dada por el presupuesto. Pero todos los recursos salen de los bolsillos de la gente. Es decir que, en Uruguay, privado hay muy poco; solo podemos mencionar los seguros privados, que a su vez también tienen una parte de financiamiento público porque hay una parte que puede ser financiada por el Fonasa para aquel que es beneficiario o se asiste en un servicio privado.

El sector mutual también es algo difícil de explicar porque no existe una figura similar en otros países. Lo más cercano que tenemos es Argentina, donde están las obras sociales, que son los gremios y ¡ni hablemos de esto!, dejémoslo de costado. Este sistema tan particular de Uruguay está generado por inmigrantes del siglo XIX que llegaban al país, se juntaban por colectividades, fundaban asociaciones de socorro mutuo –inclusive desde colectividades religiosas y hasta políticas–, como la Asociación Mutualista del Partido Nacional, la Mutualista Batlle y otras que también tenían origen partidario, pero no se reflejaba en el nombre. Justamente, son las mutualistas las que cuidan a la mitad de los uruguayos.

Entonces, ¿de dónde va a salir el financiamiento de estos centros de referencia? De las cápitas. ¿Cuál es el problema que tenemos de desfinanciamiento? Hasta el año pasado, más del 50 % de las mutualistas de Montevideo –8 de 11– estaban en rojo. Y en el caso de las que participan del sistema Fepremi –lo que era FEMI antes–, este porcentaje era de un 40 %. El año pasado, todo el sistema mutual discutía con el Ministerio de Economía y Finanzas el aumento de las cápitas. Las mutualistas decían que querían que les aumentaran –lo digo de memoria– un 4 %, y el Ministerio de Economía y Finanzas decía que no solo no les iba a aumentar ese porcentaje, sino que les iba a bajar un 2 %. Finalmente, se formó una comisión para trabajar en este tema.

Lo cierto es que el financiamiento de esto va a salir de las cápitas. Es decir que ahora se va a sacar un porcentaje para financiar esto. ¿De cuánto va a ser ese porcentaje? No lo sabemos, porque como no hay un estudio de cuánto significa económicamente la creación de esto, no podemos saberlo. Yo advierto que sería bueno que todos tuviéramos conocimiento de cuánto cuesta lo que estamos creando. De repente, algo que es una buena idea termina naufragando por la falta de sustentabilidad económica. Y debemos cuidar esto como una tacita de cristal, porque se trata de la salud de todos los uruguayos.

Señora presidenta: se trata de un proyecto de ley que debería tener la inteligencia que tuvo el origen de esta iniciativa, que es el decreto español. ¿Qué hizo el decreto español? Creó los centros de referencia, pero sabiendo que ya existían, reconoció los que ya había y los introdujo al sistema; es decir, no los eliminó. Existiendo esa experiencia acumulada durante tanto tiempo en la atención de ciertas enfermedades –con personal capacitado, con inversión en tecnología–, no se iba a decir a la gente que dejara de trabajar, ni se iba a tirar por la ventana toda la inversión tecnológica y de formación de recursos intelectuales. Lo que hicieron los españoles fue reconocer como centros de referencia los que ya estaban funcionando como tales. Aquí no solo no se los reconoce, sino que, como gran cantidad de los que se van a crear van a ser monopólicos, a los ya existentes se los va a cerrar. Y hay un problema agregado: la inversión tecnológica en materia de salud es muy grande. ¿Quién se hace cargo del cierre de una institución que requirió inversión tecnológica, además de algo que es intangible, que es la inversión en neuronas? Hay personal de enfermería y personal médico al que se lo envió a formar a Inglaterra, a España, a Alemania o a Argentina, y ese intangible es lo que más vale. A esta gente se le dice que va a haber un solo centro, y como ahora hay tres funcionando, dos se cerrarán. Yo pregunto: ¿quién se hace cargo de los contratos, de las vinculaciones laborales, de la gente que se va a quedar sin trabajo?

En Uruguay, a diferencia de otros países con una extensión mayor, con más población, donde la experiencia se hace por la concentración en pocos lugares, tenemos una realidad muy a la uruguaya. Hay enfermedades que son atendidas por los mismos médicos, que son muy pocos. Por ejemplo, hay cierto tipo de cirugía de próstata que realizan muy pocos médicos. ¿Cómo hacen «la mano», como decimos en la jerga médica? ¿Cómo hacen la experiencia? Hay dos posibilidades: se concentran los casos en un centro, o los que concentran los casos en varios centros son los pocos profesionales que los atienden; son los mismos cirujanos que recorren varios centros en todo el país y atienden muchos casos.

¿Qué hacemos con este proyecto de ley? ¿A quién beneficiamos? ¿Al paciente o al médico? Con este proyecto de ley beneficiamos al médico, no al paciente, porque al paciente lo vamos a tener que hacer trasladar a un centro. Ahora, un paciente equis es atendido por un médico determinado en un centro, por ejemplo, en el interior del país; según este proyecto de ley, se le dirá a ese mismo paciente que para ver a ese mismo médico que lo atendía deberá venir a Montevideo. Alguno me podrá preguntar –y así ingreso a otro tema que para nosotros es muy importante– cómo sé que ese médico estará en Montevideo. ¡Está cantado que va a estar en Montevideo!

¿Cuál es el problema del Fondo Nacional de Recursos? Que tiene una tendencia muy importante a la centralización, porque tiene una perversidad –no buscada por nadie, pero operativamente es así– que hace que la tecnología y los técnicos se concentran en el sur del país, más precisamente aquí, a diez cuadras de donde estamos en este momento. En esta zona están las universidades, el acceso a la tecnología y el multiempleo médico. El médico sale de una mutualista que queda cerca del Obelisco y se va a otra que queda a dos cuadras, pero en la mañana ya había estado en el hospital de Clínicas, que queda a cuatro cuadras del Obelisco. ¡Felices de ellos! ¡Quién pudiera! Es una realidad. ¿Dónde se instalan los institutos de medicina altamente especializada? La enorme mayoría, lo hacen en Montevideo, porque los técnicos trabajan acá.

Vinieron a visitarnos una serie de destacadísimos profesionales, profesores de la facultad, y yo les pregunté: «Con la mano en el corazón, ¿ustedes se van a ir al interior?». Me dijeron que no. Eso está cantado. Les dije: «Pónganse la mano en el corazón; ustedes, que son los que más saben, ¿van a ir a atender pacientes al interior?». Me contestaron que no. ¿Qué va a pasar con esto? Que los centros de referencia que estamos creando, no solo no van a resolver el centralismo, sino que van a agravarlo. Por eso, lo que se va a lograr es una solución para técnicos muy reconocidos, que hoy brindan su experiencia atendiendo una cantidad de casos en el interior del país. Y ellos van a decir a sus pacientes que van a recibirlos en el centro de referencia donde trabajan, o sea, en el sanatorio A o en el hospital X. Y los pacientes les van a preguntar si no van a ir más a la mutualista A o al hospital B de sus departamentos, donde los atendían, y ellos van a responder que no, que ahora atienden en los centros de referencia.

Cuando, en cualquier ámbito de la vida, hay una tendencia que está muy desnivelada hacia un extremo –la famosa teoría del péndulo–, hay que pegar un taponazo al péndulo para que vaya más hacia el medio. Por tal motivo, vamos a presentar un aditivo para que la distribución o la creación de centros de referencia sea equitativa: mitad y mitad, entre el interior y Montevideo. ¿Quieren hacer un centro de referencia? Muy bien, pero les pedimos un esfuerzo: instálenlo tanto en el interior como en Montevideo. De alguna manera, tenemos que romper ese círculo negativo y vicioso de la concentración en la capital.

Este es un proyecto de ley que crea una enorme discrecionalidad y, además, va en contra de un criterio que el Fondo Nacional de Recursos cuida mucho: el concentrar en una sola institución, el Ministerio de Salud Pública, la habilitación de los centros de referencia. Respecto de la integración de la comisión administradora del Fondo Nacional de Recursos se fue más inteligente, pues se dijo: «Vamos a hacerla plural, con nueve miembros». Cinco de ellos representan al Poder Ejecutivo, en términos generales, al Estado: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas y Banco de Previsión Social, entre otros, y tiene cuatro más por las instituciones. En este proyecto de ley la designación de centros de referencia se hará a sola firma del Ministerio de Salud Pública. Pero aparte de eso, hay un agravante: tiene una comisión asesora que es la quintaesencia de la definición del conflicto de intereses porque dentro de la comisión asesora está el Ministerio de Salud Pública, pero también la Universidad de la República. ¿Y qué es lo que va a pasar? Dentro de la universidad están la Facultad de Medicina y el Hospital de Clínicas, y estos van a competir por los centros de referencia. Es más, ya los tienen. Entonces, quien va a decir qué se aprueba y qué no, compite en centros monopólicos con aquellos a quienes debe autorizar directamente, o no. Creo que no es bueno dejar instituido el conflicto de intereses; aquí debería haber una contraposición de intereses, debería existir un organismo que permitiera la contraposición de intereses y no dar a alguien la facultad de determinar que quien puede competir sea, al mismo tiempo, la persona o institución que pueda negar la habilitación.

SEÑOR SARAVIA.- Pido la palabra para una moción de orden.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR SARAVIA.- Formulo moción para que se prorrogue el tiempo de que dispone el orador.

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar la moción formulada.

(Se vota).

–24 en 25. **Afirmativa.**

Puede continuar el señor senador García.

SEÑOR GARCÍA.- Como decía, se establece un conflicto de intereses con la comisión asesora, que no es tal sino que termina teniendo –como lo veremos en varios artículos– un poder decisorio en las habilitaciones.

Adicionalmente, con estas competencias se genera una duplicación de organismos porque se crean, por un lado, instituciones de alta tecnología y, por otro, centros de referencia. A su vez, tendremos la comisión administradora del Fondo Nacional de Recursos y la comisión asesora de los centros de referencia; y esto requiere plata. Solo para tener una idea de los montos burocráticos de los que estamos hablando –hay que ser muy cuidadosos con la platita–, voy a decir que en el año 2016 los gastos de administración del Fondo Nacional de Recursos fueron de USD 6:150.000, y cada comisión que se crea cuesta dinero. Todos sabemos que esto va generando burocracia. Si hay alguien que sabe inventarse a sí mismo, que se duplica como con levadura, ese es el organismo burocrático; sabe cómo crecer.

No quiero dejar de mencionar lo que para mí es el gran debe de la reforma de la salud: nunca se previó cómo se garantizaba la calidad de los actos que las instituciones de salud dan a los pacientes. ¿Para qué se implementa un sistema de salud? Obviamente, para brindar una buena calidad de asistencia; no cualquier asistencia sino buena calidad de asistencia. En términos de salud, la buena calidad de la asistencia no se centra solo en el acto médico, sino que este también tiene que llevarse a cabo en el momento oportuno, porque puede ser la mejor atención del mundo, pero ofrecerse seis meses después, en cuyo caso no es la mejor del mundo. Por ejemplo, si tienen que atenderme hoy y lo hacen dentro de seis meses, no sirve; podrá ser un genio quien me atiende, pero, en definitiva, estoy siendo mal atendido. En el sistema de salud el tema de la calidad es un debe muy grande.

En varios artículos de este proyecto de ley se hace referencia a que deberá acreditarse la calidad, pero no dice quién debe hacerlo. «Se acreditará»; ¿quién? Alguien debe hacerlo porque, si no, es solo una expresión de fe. En las experiencias que hemos reconocido y estudiado, esto se establece claramente. Muchos países, incluso aquellos que tienen un porte muy distinto al nuestro, recurren –hasta por una cuestión de diferencia de población porque tienen mayor cantidad de casos– a la acreditación internacional. Hay algunas enfermedades –no tiene sentido decir los nombres; en general, me refiero a una patología que padecemos los hombres– en las que mientras aquí se atienden doscientos o trescientos casos al año, en San Pablo un solo cirujano atiende cuatro mil pacientes anuales con esa misma enfermedad. Repito: un solo cirujano. Claro, San Pablo tiene más de treinta millones de habitantes y acá somos tres millones. Entonces, hay que establecer quién acredita la calidad, porque no vale de mucho que la acreditación sea dada por instituciones que no tienen la capacidad de acreditación que se logra después de recorrer muchos kiló-

metros, o sea, de ver muchos casos. Por eso las auditorías son muy importantes.

En definitiva, en este proyecto de ley no se prevé quién va a ser el que va a acreditar la calidad de los actos médicos que van a brindar estos centros de referencia. El Fondo Nacional de Recursos ha trabajado mucho en este aspecto.

El otro punto que quiero mencionar –sobre el cual hasta hubo una discusión pública, y miro al señor senador Lafluf– es que en Uruguay nadie discute que si hay un centro de referencia para la rehabilitación de las discapacidades motrices en niños, ese centro es la Teletón. Lo miro al señor senador Lafluf porque como intendente trabajó mucho en este tema, y allí, en Fray Bentos, hay un centro Teletón. ¡Albricias! La Teletón está trabajando mucho como para que sea incluida en el sistema de salud. Por eso le pregunté específicamente al Ministerio de Salud Pública –en nombre de la comisión– si la Teletón podía habilitarse como un centro de referencia como los que estábamos mencionando. Y hace un mes y pico nos contestó. En realidad, era muy fácil la respuesta, porque si la Teletón tiene experiencia técnica, inversión tecnológica, atención descentralizada, resultados óptimos –los mejores–, ¿qué iba a contestar?: «Obvio, García, ¿de qué me está hablando? Calza con calzador en el proyecto de ley». Sin embargo, la respuesta fue que la rehabilitación en general requiere niveles de atención que podrían estudiarse con una visión territorial descentralizada, generando centros multidisciplinarios que faciliten el acceso y la continuada atención, en aquellas patologías que requieren tratamientos extensos y posteriores controles a lo largo de la vida. «No, hermano. La contestación es sí o no». Está cantado. Yo pensé: «Si me dicen que sí, entonces, vamos en la misma línea». Pero la respuesta fue una prosa de siete renglones, y mi olfato me dice que si no se contesta que sí… «desconfio», como alguien dijo.

Por último, creo que los monopolios son todos malos, sean públicos o privados; yo les huyo. Y en materia de salud, dentro de la vida en sociedad, también son malos, pero mucho más lo son cuando estamos hablando de la concentración monopólica de un recurso terapéutico que puede significar la vida o la muerte de las personas. ¿Qué puede pasar? Se puede generar un problema porque para algunas enfermedades se crea un solo centro de referencia –lo dice a texto expreso– y se cierra el resto. Si ese centro quiebra o se funde, ¿quién se encarga, si el resto cerró? El Ministerio de Salud Pública se va a encargar, y está bien que lo haga porque es la cartera responsable en la materia, pero no habrá quien pueda hacerlo porque, si lo hubiera, sería un centro de referencia, pero va a haber uno solo. ¡Que no le pase nada! No puede concentrarse la atención de una enfermedad en un solo lugar por una cuestión de lógica pura porque, si no, vamos a terminar mandando a las personas a atenderse en el exterior. Pero los casos de urgencia pueden complicarse porque en Uruguay no va a haber quién atienda a una persona que sufrió determinado problema si el centro de referencia tuvo que cerrar –por la razón que sea, eso no importa–; entonces, ¿quién se hace cargo?

Por lo tanto, la consolidación del monopolio no es buena medida en ningún ámbito, y menos en este.

No quiero extenderme más; ya abusé del tiempo de que disponía, pero quise hacer el esfuerzo de mostrar la buena disposición que tenemos para trabajar en este tema. Hubiéramos querido acompañar esta iniciativa, pero, sencillamente, así como está, no podemos hacerlo. Aspiramos a que continúe trabajando la Cámara de Representantes y que allí puedan modificarse una cantidad de circunstancias como las que hemos planteado. En la discusión particular voy a dar mi opinión sobre varios artículos y, aunque tal vez moleste a los integrantes del Cuerpo, creo que debo hacerlo.

Muchas gracias.

SEÑOR CARÁMBULA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR CARÁMBULA.- Señora presidenta: en primer lugar, creo que la fundamentación del proyecto de ley que ha realizado la señora senadora Xavier ha sido de enorme rigurosidad y prolijidad, ha reflejado con exactitud el trabajo de la comisión, que recogió las diferentes opiniones, así como la experiencia internacional y nacional. Por lo tanto, me sumo a sus palabras y no voy a reiterar conceptos, más allá de que enfatizaré algunos de ellos.

En segundo término, el señor senador García sabe que tenemos un enorme respeto por sus opiniones y siempre lo escuchamos con muchísima atención. También sabe que tenemos diferentes posiciones sobre los objetivos en materia de salud, más allá del respeto que nos merece su opinión, que ha vertido con tanta extensión en la mañana de hoy.

El primer concepto que queremos plantear muy claramente tiene dos componentes. Como dijo muy bien la señora senadora Xavier en su exposición, este proyecto de ley no sale de la nada ni de la voluntad política del ministro de traer el tema de los centros de referencia en un momento que pudiera haber una situación puntual; de ninguna manera. Por el contrario, se basa en dos pilares que quienes conocemos el área de la salud podemos afirmar con total convicción. El primer pilar es la experiencia que hay en materia de centros de referencia. La señora senadora Xavier nombró el caso del Centro Nacional de Quemados, de los centros de trasplante hepático, de los centros de cirugía neurovascular en el interior del país y en Montevideo, y también mencionó todo lo que representan los centros públicos de trasplante de médula ósea.

Uno de los profesores que concurrieron a la comisión realizó un aporte bien significativo. Decía que no solo hay que pensar en los centros de referencia en materia terapéutica, sino también en materia diagnóstica. Y en ese sentido, Uruguay tiene una formidable experiencia en centros de referencia diagnóstica, como es el Cudim. Se trata de un centro público que lleva realizados un número muy importante de exámenes para públicos y privados, financiado por el Sistema Nacional Integrado de Salud, y que permite avanzar significativamente en materia de centros de referencia diagnóstica, no solo en la asistencia sino también en la investigación y en la incorporación de nuevas técnicas. A propósito de los centros de referencia en materia diagnóstica, el profesor Noboa dijo que el Cudim es un claro ejemplo, pero que también hay otra serie de centros de referencia que el Uruguay ya tiene en esta materia, muy importantes, que tienen que ver con el diagnóstico etiopatológico de las enfermedades raras, del complemento, y con los aspectos genéticos.

Este proyecto de ley de centros de referencia viene a recoger lo que Uruguay ya está haciendo. El profesor Borbonet, en su comparecencia ante la comisión, dijo algo muy significativo. ¿En qué nos basamos? ¿Por qué hablamos hoy de centros de referencia y dónde se originan?

Cuando los uruguayos en general nos enorgullecemos de lo que vamos logrando en materia de mortalidad infantil año tras año, tenemos que pensar que ese logro no viene del cielo, no nos cae de regalo, nos cae porque tenemos centros de referencia, particularmente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, salas de buen nacer, centros de cuidados intensivos que hoy van a ser centros de referencia para públicos y privados, ahorrando y optimizando recursos. Tenemos CTI en el interior del país, en Salto tenemos un CTI pediátrico que también cubre a la totalidad de los pacientes, públicos y privados. A este respecto, el profesor Borbonet señala que si concentramos las cincuenta cirugías de cardiología por malformaciones congénitas en período neonatal, estaremos fortaleciendo un centro de referencia, como es hoy, que baja la mortalidad infantil.

Entonces, reconozcamos lo que hay, porque ese es el pie para avanzar en la legislación en materia de centros de referencia. Como muy bien dijo la señora senadora Xavier, se trata de reconocer los centros que tenemos, darles categoría de centros de referencia, basarnos en ellos y proyectar hacia adelante.

El otro pilar en el que se fundamenta este proyecto de ley también me resulta sorprendente –sobre todo, proviniendo de un colega con quien creo que militamos en el mismo sindicato, el Sindicato Médico del Uruguay–: las convenciones médicas. La 8.ª Convención Médica Nacional y también las anteriores –la 7.ª fue la convención de la ética– definen el sistema nacional de salud, y la 9.ª Convención Médica Nacional define avanzar en calidad de la asistencia y, particularmente, toma los centros de referencia como punto concreto de avance en ese sentido.

Entonces, cuando el ministerio propone este proyecto, no lo hace porque sea la intención –que obviamente compartimos– del ministro o de su equipo, sino fundamentalmente porque se recoge la experiencia existente y la doctrina de la Facultad de Medicina, en la que se incluyen todos los testimonios de los profesores de las especialidades más significativas que nos visitaron, quienes pidieron comparecer ante la comisión para respaldar este proyecto de ley de centros de referencia. Además, contamos con la práctica de nuestro gremio, que alentó objetivamente a seguir por este camino.

En el 2014 se realizó la 9.ª Convención Médica Nacional y, en el 2015, en un seminario en el Sindicato Médico del Uruguay se fundamentó la necesidad de los centros de referencia. Al respecto, me voy a detener en lo que a mi entender son los puntos fundamentales de los centros de referencia, para después dar respuesta a algunos de los planteos formulados aquí por el señor senador García que, con todo respeto, desde mi punto de vista son apocalípticos. Estamos analizando un proyecto ley que empieza a implementarse recogiendo lo existente y proyectándose hacia el futuro. En ese seminario del 2015 del Sindicato Médico del Uruguay se planteaban los objetivos principales de los centros de referencia para avanzar en calidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud; aclaro que no quiero entrar en un debate con quienes sostienen una posición diferente con respecto al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Claramente, concebimos que este proyecto significa avanzar en uno de los grandes desafíos que tiene el Sistema Nacional Integrado de Salud, que es el de seguir dando cobertura, calidad, integralidad y complementación público-privada, fortaleciendo y defendiendo, sin duda, uno de los dos grandes efectores del sistema, que es el sector público, pero sobre la base de la complementación. Por consiguiente, creo que en el voto a favor o en contra de este proyecto de ley, más allá de los temas particulares que podamos ajustar, en definitiva hay una visión de enfoque con respecto a la defensa del Sistema Nacional Integrado de Salud y a la forma en que seguimos avanzando.

He escuchado aquí que esto puede ser un retroceso en materia de formación de recursos humanos. Pido que se preste atención a los objetivos planteados en aquel seminario del 2015, que refleja el proyecto de ley que estamos considerando: generar equipos multidisciplinarios y protocolos de actuación, y concentrar experticia, que para un país chico como el nuestro resulta vital. Por cierto, esa experticia se puede buscar en San Pablo, en la Clínica Mayo o en Europa, pero debemos generarla, aunque dentro de nuestras posibilidades, como ya se ha demostrado en quemados, en trasplantes y en lo relativo a los accidentes cardiovasculares. Precisamente, en este último aspecto, el Hospital de Clínicas cuenta con un centro modelo que trabaja en complementación con el Hospital de Tacuarembó. Entonces, generemos equipos multidisciplinarios, proto-

colos de actuación, concentración de experticia y fortalecimiento de tecnología.

En el seminario se realizaron dos fundamentaciones, aunque tal vez la palabra no lo trasmite claramente o lo expresa en forma dura. Se habló de volumen y de centro. Con respecto al volumen, se apuntó a un mayor número de pacientes y de derivación –en el sentido de que se pueda disponer en el lugar de más equipamiento–, pero fundamentalmente se habló de mayor centro. El centro es la integración del profesional, del enfermero y hasta del camillero y el ascensorista. De esta forma se concentra en un centro de referencia de excelencia, de calidad, y se fortalece la experticia del colectivo.

Por otra parte, se suele decir que se copia de España, pero en aquel seminario se dejó en claro –y nosotros lo compartimos– que no es así, que hay experiencia internacional, pero también nacional; esto fue dicho por los diferentes directores de los distintos centros de referencia que hoy hay en el Uruguay. En ese seminario se dijo que los resultados de desempeño de los centros de referencia son alentadores; no se trata de discutir su utilidad, sino de afianzarlos efectivamente y de seguir implementándolos. El director del Hospital Maciel, el doctor Álvaro Villar, decía que la calidad y los resultados están contrapuestos a la dispersión.

En ese planteo que se hizo sobre las dificultades, se hablaba de que se iba a beneficiar a los médicos. En este sentido, quiero leer lo que ha expresado el profesor Freire, director del Centro Cardiovascular Universitario: «Como director del Centro Cardiovascular Universitario suscribo lo expuesto por el profesor Noboa y quiero agregar que, además, son lugares donde el requerimiento tecnológico puede ser muy importante, por lo que es sano para el sistema de salud apostar a esos centros y que no haya una miríada de pequeños lugares donde se atiendan muy poquitos pacientes. De esta forma, se beneficia al paciente, la economía de la salud y el sistema en general. Puede haber dificultades en la implementación o en la definición de cuáles son las patologías o los temas que deben abordarse de esta manera». Y quiero agregar que, seguramente, la Facultad de Medicina, nosotros y el propio proceso de desarrollo a partir de la experiencia que ya existe, se aplica y se desarrolla, irá definiendo estos temas.

En cuarto término, quiero dar ejemplos muy concretos porque parece que está quedando todo en una nebulosa. Se planteaba que hoy el trauma es la primera causa de muerte entre los uruguayos menores de cuarenta y cinco años. Se está trabajando en un proyecto en materia de centros de trauma, pero es un gran desafío tener un servicio nacional de trauma que concentre la tecnología, la cirugía, la experticia y la rapidez de respuesta y que genere, naturalmente, un sistema de atención apropiada a la urgencia que eso requiere. El propio doctor Fernando Machado, del Sistema Nacional de Trauma, marcaba claramente dos objetivos. Hablaba de la categorización en los distintos niveles para poder brindar la asistencia y la regionalización hospitalaria. Todos estamos de acuerdo en que este es un proyecto de centros nacionales de referencia –o sea que estamos pensando en todo el país–, pero también creemos que con la tecnología actual, con la disponibilidad de traslado aéreo existente –que ha demostrado ser exitoso–, con la complementación regional, etcétera, las distancias de quinientos kilómetros norte sur y este oeste son perfectamente salvables. Así lo planteaba claramente el profesor Fernando Machado al referirse a uno de los desafíos: el trauma como primera causa de muerte entre los menores de cuarenta y cinco años.

También hay un tema fundamental que fue planteado en la comisión por los profesores que nos visitaron: la calidad de la asistencia. En primer lugar, el articulado establece que los roles del Ministerio de Salud Pública y de la Comisión Honoraria Asesora no solo se limitan a designar los centros de referencia, sino que también tienen que evaluar el cumplimiento y hacer la categorización correspondiente para, en función de todo eso, resolver si se acepta continuar con el centro de referencia en cuestión. Aquí se incorpora una idea fundamental que, sin dudas, hace también al fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, que es de lo que estamos hablando. Me refiero al concepto de referencia y contrarreferencia. En ningún momento el paciente que va a un centro de referencia deja de tener su relación con el hospital o servicio mutual de origen. Hay una contrarreferencia continua hacia el equipo médico tratante, hacia el lugar de donde viene, para que sea atendido y para que, en función de la atención que reciba en el centro de referencia, haya una continuidad imprescindible entre la referencia y la contrarreferencia. Nos parece que ese es un tema central a destacar.

Señora presidenta: sin duda se plantea una gran interrogante sobre los gastos que esto genera. En realidad, los gastos están estimados en función de los centros de referencia actuales; sabemos lo que cuestan, lo que hay que invertir y lo que se ha invertido. Es por eso que el proyecto de ley plantea la creación de una Comisión Honoraria Asesora integrada por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Fondo Nacional de Recursos para que la incorporación o la creación de nuevos centros de referencia cuente con la sustentabilidad imprescindible. Lo plantea claramente el proyecto de ley.

Tomo las palabras del profesor Campos, presidente del Colegio Médico del Uruguay. Esto también tiene que ver con cómo medimos las cifras en salud. Por cierto, instituciones tan importantes como el Fondo Nacional de Recursos tienen que estar equilibradas. Como dice el profesor Campos, hay que ver al mismo tiempo los gastos de la institución y del país y optimizarlos, porque a veces gastamos más con peores resultados. Este proyecto claramente es de optimización y centralidad de recursos, de la imprescindible complementación público-privado y de tener una visión regionalizadora para, sin duda, avanzar en calidad de existencia.

Tenemos un gran desafío con la formación de los recursos humanos y, lejos de la visión apocalíptica que se planteaba, en la medida en que fortalecemos los centros de referencia, como en su momento lo fueron los IMAE –y vamos a hablar de este tema–, los recursos no se duplican, sino que se complementan. Como muy bien señaló la señora senadora y lo dijo el ministro cuando compareció ante la comisión, los IMAE cubren un determinado tipo de patologías complejas y de mayor prevalencia, pero esto apunta a las patologías extremadamente complejas y de baja prevalencia. Es decir que se complementan, no compiten; se coordinan. Como se dijo en ese seminario, en el que surge este proyecto con mucha fuerza: se genera masa crítica, conocimiento, experiencia.

Sin duda que tenemos que acompañar todo esto trabajando cada vez más por las condiciones y el estatuto del trabajador de la salud, del trabajador médico. Debemos avanzar en los cargos de alta dedicación y concentrar los esfuerzos en estos centros. Y aclaro que cuando se habla de cargos de alta dedicación no quiere decir que el especialista vaya a estar solo en el centro de referencia, sino que va a ser parte de ese colectivo que genera una masa crítica de formación en torno a estos temas.

Doy un ejemplo muy cercano. Hoy somos el soporte técnico de la experiencia de los trasplantes de corazón y pulmón en la Fundación Favaloro en Argentina. ¿A partir de qué? De un equipamiento que tienen nuestro Hospital Maciel y nuestro Hospital de Clínicas en formación de recursos humanos, que da el soporte del estudio genético, del inmunológico y del de posibilidades de compatibilidad. ¿Cómo logramos eso? Complementándonos. Y cuando pensamos en estos centros de referencia también lo estamos haciendo en tono regional. Esto no es distante; es real. Lo que Uruguay está haciendo con Argentina en materia de trasplante –como con Brasil en materia de insuficiencia respiratoria crónica– es parte de esa complementación imprescindible que estamos planteando.

Entonces, señora presidenta, esta es una ley marco. Es una ley que reconoce lo existente, que fundamenta lo que estamos haciendo y que nos proyecta hacia una determinada concepción. No se trata de que mañana cada mutualista o cada hospital generen un centro de referencia, sino de que es exactamente al revés de lo que aquí se afirmaba. Este proyecto de ley viene a marcar que no por el hecho de que un técnico especializado trabaje en un hospital o en una institución mutual se vaya a generar allí un centro de referencia. ¿Por qué gran parte de los IMAE están concentrados en Avenida Italia y Bulevar Artigas, tal como decía el senador García, afirmación que yo comparto? En su momento, cuando no estaba planificado el sistema nacional de salud, la técnica o el técnico precedía a la planificación. Entonces, en un área de un kilómetro cuadrado teníamos un gran número de tomógrafos, de ecógrafos y de tecnología altamente sofisticada, porque no se planificaba en función de las necesidades, sino de la tecnología y de quiénes eran capaces de poder traerla. Este proyecto, justamente, va en sentido contrario: establece las prioridades, marca las necesidades y define la posibilidad de incorporar nuevos centros de referencia de acuerdo con diferentes criterios. Esto se dice con total claridad, por lo que, muy lejos de que sea un retroceso, esto es un avance en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Quiero referirme a algunos otros conceptos que también aquí se volcaron. No se puede generalizar acerca de un tema central que está planteado en el proyecto: no se trata de la rehabilitación a partir de una respuesta puntual en torno a un tema concreto, sino de que hay que hablar de rehabilitación a nivel nacional. Cuando el ministro concurre a la comisión, expresamente plantea que uno de los centros de referencia que debemos pensar con un criterio regional y descentralizado es un programa nacional de rehabilitación.

Señora presidenta: no tengo dudas de que en esto estamos en falta. No dejo de valorar lo que hacen instituciones con una alta finalidad altruista, como Teletón, como ha señalado el senador García, pero lo que el señor ministro responde en la comisión es que es necesario pensar en la necesidad de un programa nacional de rehabilitación, que está diseñado, que está planteado y que, sin duda, va a ser uno de los primeros pasos de un proyecto imprescindible de centros de referencia.

Se ha planteado aquí el tema de los riesgos del Fondo Nacional de Recursos. Sin duda, uno de los grandes avances que tuvo el Uruguay –increíble y contradictoriamente en tiempos no de libertades– fue el Fondo Nacional de Recursos. Es una herramienta de equidad. Lo que busca este proyecto de ley es que hoy, a través de tres vías –que define con precisión y claridad–, se dé sustentabilidad a lo que ya hay y al proceso de transición, que irá definiendo claramente cómo avanzamos en materia de centros de referencia. Hay algunas patologías que ya están incorporadas en el Fondo Nacional de Recursos y otras están en el PIAS, el Plan Integral de Asistencia en Salud, del Sistema Nacional Integrado de Salud. Aquellas que haya que incorporar se estudiarán en función de la necesidad y de la sustentabilidad, de manera que se puedan financiar.

El proyecto es muy cuidadoso en el sentido de preservar lo que funciona bien. No tengo dudas de que a futuro, en la medida en que este es un período de transición, habrá nuevas formas de pensar este proyecto de centros de referencia y de cómo se les da sustentabilidad. Hoy esto se logra con lo que trae el proyecto de ley, pero al mismo tiempo pensémoslo como parte del desarrollo, la profundización y la optimización de los recursos que genera el Fonasa, Fondo Nacional de Salud.

Por otra parte, quiero quebrar una lanza por lo siguiente. Cuando se les preguntó a los profesores si irían al interior, todos –insisto, todos– contestaron que ya lo están haciendo. En ese sentido, quiero mencionar las visitas del profesor de pediatría intensiva, doctor Borbonet; todas las

jornadas oncológicas en el interior del país con la doctora Lucía Delgado; la complementación entre el Centro de Neurocirugía de Tacuarembó y el Hospital de Clínicas; la complementación con el centro de Salto o el Hospital Escuela del Litoral de Paysandú, y todo el trabajo que se desarrolla en materia universitaria de descentralización y presencia. El desafío no es solamente que vayan los profesores; el desafío es generar masa crítica en los centros de referencia del interior del país. En ese sentido, los profesores dijeron en forma reiterada en la comisión que lo estaban haciendo y que lo seguirán haciendo.

Hay una serie de consideraciones en las que nos gustaría profundizar, pero para no extendernos en exceso solamente vamos a referirnos al planteo de la integración de una comisión asesora. Estamos convencidos de que en la profundización del Sistema Nacional Integrado de Salud, el Hospital de Clínicas –respetando la autonomía de la Universidad– debe ser una parte fundamental. Y naturalmente, en patologías como las que nombramos y también en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y los accidentes isquémicos, la complementación entre Montevideo y el interior, entre el Hospital de Clínicas y el Hospital de Tacuarembó, es parte de este proyecto de centros de referencia. Todo esto no quita –habrá que ver cómo se plantea, pero para mí es fundamental– que en la Comisión Honoraria Asesora estén, naturalmente, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Fondo Nacional de Recursos y la Facultad de Medicina, porque son parte fundamental de ese desafío de investigación, de innovación y de formación de recursos humanos.

Muchas gracias, señora presidenta.

7) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑORA PRESIDENTE.- Dese cuenta de un asunto entrado fuera de hora.

(Se da del siguiente).

SEÑORA PROSECRETARIA (Silvana Charlone).- «La Presidencia de la Asamblea General destina un mensaje del Poder Ejecutivo al que acompaña un proyecto de ley por el que se establecen normas para una moratoria en el uso de la fractura hidráulica –*fracking*–, para la obtención de hidrocarburos no convencionales.

–A LA COMISIÓN DE INDUSTRIA, ENERGÍA, COMERCIO, TURISMO Y SERVICIOS».

8) CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD

SEÑORA PRESIDENTE.- Continúa la discusión general del primer punto del orden del día.

SEÑOR GARÍN.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARÍN.- Señora presidenta: habíamos pensado hacer una breve intervención para reforzar algunos conceptos que nos parece importante compartir, desde la visión de alguien que tiene la suerte de participar en la Comisión de Salud Pública, pero ve los temas de otra manera, porque no proviene del mundo de la salud.

Lo primero que queremos señalar es que nos sentimos totalmente identificados con el pormenorizado informe que realizó la compañera senadora Xavier sobre el proyecto de ley relativo a los centros de referencia.

En segunda instancia quiero destacar especialmente que la discusión que se ha dado a lo largo de estos más de seis meses desde que ingresó esta iniciativa a la comisión –curiosamente, hace exactamente seis meses que el ministro de Salud Publica vino a la comisión a presentar este proyecto de ley– ha servido, sin ningún lugar a dudas, para enriquecer el proyecto de ley que ha sido informado. Muchos de los debates que se trasladaron a este ámbito ya se habían dado en el seno de la comisión y, reitero, permitieron enriquecer el producto que tenemos a consideración. En algunos casos se mejoró la redacción y en otros simplemente se acompañó con el voto.

En general, creemos que estamos ante un muy buen proyecto de ley, donde se está incorporando un nuevo paso que es necesario dar. En el proceso de la discusión nos fuimos enterando de que la base de esta idea tomó forma en la 9.ª Convención Médica Nacional, de 2014, y nada tiene que ver con una cuestión de oportunidad, como se ha dicho. No es cierto que, acuciados por una emergencia ante la no salida del IMAE de Salto, este proyecto hubiera caído de la nada.

Se trata de un proyecto de ley que desde su primera formulación tuvo un muy buen respaldo de debates sobre su necesidad, en el estado de desarrollo que tiene nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud. Recordemos que a fines del año pasado el propio ministro planteó la finalización de la primera etapa, que era el ingreso de todos los colectivos que inicialmente se había previsto que lo integraran. Finalizamos el año 2016 con cerca de 2:500.000 uruguayos en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Si se compara esta cifra con las 700.000 personas que en el año 2005 tenían cobertura de salud como la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, se puede ver que hubo avances importantes.

Volviendo a la idea central de los centros de salud, en la discusión del proyecto de ley nos encontramos con que este planteo fue reconocido como una buena idea por la delegación de la Fepremi, por todos los catedráticos de la Facultad de Medicina que concurrieron a la comisión, por el Sindicato Médico del Uruguay y por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo. Todos pon-

deraron el buen momento y la oportunidad de esta iniciativa, a la luz de la necesidad de empezar una nueva etapa de transformaciones en la atención de la salud, porque luego de haber conquistado los objetivos en cuanto a la cobertura, ahora se debía empezar a transitar el camino de la calidad del servicio.

En las versiones taquigráficas de la comisión figuran los comentarios de los catedráticos, entre ellos el doctor Borbonet, profesor del Departamento de Neonatología de la Facultad de Medicina, quien señaló: «Creo que la riqueza que tiene es que pone el tema arriba de la mesa y al país le va a hacer bien. Creo que es bueno para el Uruguay tener centros de referencia». Y más adelante agregó: «Hay que trabajar al respecto y bienvenido sea, porque la visión de distintas partes nos va a permitir llegar a un producto lo más enriquecedor posible».

Personalmente decodifico estas palabras en el sentido de que este proyecto de ley genera un marco para empezar, ahora sí, a construir los centros de referencia con el respaldo de una normativa legal, porque no podemos dejar de reconocer que por la vía de los hechos en nuestro país –y afortunadamente para los usuarios de los servicios de salud– los centros de referencia ya existen. Son una necesidad que se ha ido tratando de construir como parte de la asistencia de la salud.

A través de estos centros de referencia se va a tratar de seguir ampliando el acceso igualitario a todos los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. La aspiración es que la cobertura sea para todo el país y se empiece a superar la fragmentación que había en la prestación de los servicios, que muchas veces redundaba en que algunos prestadores de salud atendían unos pocos usuarios en sus sedes y no lograban construir la experticia que precisa un equipo médico. Recuerdo y enfatizo el concepto de que la asistencia médica es un servicio altamente dependiente del esfuerzo humano y, por tanto, construir, dar el paso de conformar los centros de referencia en salud sin lugar a dudas va a ser una importante contribución por cuanto va a poder expresarse lo que en su momento manejaba el Sindicato Médico del Uruguay. Sus autoridades nos señalaban que, por un lado, existe el efecto volumen, que refiere a la cantidad de pacientes que atiende un equipo médico y a la posibilidad de mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el postratamiento, pero que también se va a poder abordar, desde los centros de referencia, el efecto centro que, como nos explicaban con mucha claridad, es la conformación de capacidades no solo del cuerpo médico, sino también del no médico y de todo un conjunto de técnicos y personal que están asociados al centro. Muchas veces, simplemente tener la oportunidad de identificar los riesgos que tiene un paciente con una enfermedad compleja puede contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia en esos centros de referencia.

También es cierto que, con una precisión meridiana, varios de los exponentes que estuvimos escuchando nos fueron despejando el concepto de que el IMAE y los centros de referencia son claramente instrumentos complementarios en el sistema de salud. Nos indicaron que la gran diferencia es que los IMAE tienen alta especialización, pero refieren a técnicas de alto costo, mientras que los centros de referencia tienen alta especialización de su cuerpo médico, pero no necesariamente tienen altos costos. Por tanto, disponer de esos centros de referencia muchas veces va a significar que algunas patologías que no tienen demandas de costos, sí van a tener la oportunidad de contar con el resguardo de una muy buena atención médica.

Nos ha dejado bastante preocupados el planteo de que van a generarse problemas en la asistencia, pero la verdad es que todos quienes nos visitaron –entre ellos, las autoridades del rector de la salud, que es el Ministerio de Salud Pública– claramente nos manifestaron que no está en tela de juicio la asistencia. Sí habrá que transitar un proceso para adecuarse a la implementación de estos centros de referencia. Es muy difícil establecer desde el inicio su cantidad y viabilidad, pero esto deja entrever una concepción de abordar con mejor calidad la asistencia a los pacientes al tiempo de resguardar la economía del sistema. Y en esto, palabras más, palabras menos, estoy tomando conceptos que nos dejaban los catedráticos, en particular el profesor Freire, de la Facultad de Medicina.

Quisiéramos solamente mencionar algún otro aspecto, señora presidenta, porque el senador y compañero Carámbula, que nos antecedió en el uso de la palabra, ya explicó pormenorizadamente los aportes de los catedráticos y enfatizó cuál es el aporte que están significando los centros de referencia como un proyecto marco hacia una nueva etapa del desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud. De manera que queríamos redondear señalando que nos parece que los centros de referencia representan una apuesta a la innovación en la prestación de los servicios. El Uruguay, en los últimos tiempos, ha tenido más de una vez la oportunidad de pensar desde procesos de prestación de servicios y de innovar con el saber de nuestra gente para mejorarlos. Y esta política pública –que aquí se concretará en la medida en que los centros de referencia se conviertan en parte integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud– representa, a nuestra manera de ver, una puesta en valor de las capacidades de nuestra gente, del desarrollo de los territorios y de un conjunto de recursos que se han ido construyendo en el Sistema Nacional Integrado de Salud en los últimos diez años.

Por esa razón, señora presidenta, no podemos dejar de saludar y de apoyar esta iniciativa, que seguramente nos va a generar grandes desafíos en su implementación. A su vez, queremos dejar claramente anotado que entendemos venturoso ese camino, por cuanto es una innovación que, posiblemente, luego nos ayude a posicionarnos no solo en un lugar desde el cual podamos prestar buenos servicios a nuestros compatriotas, sino también desarrollar capacidades en nuestra gente y hasta desafiar la exportación de estos servicios. Todos sabemos que muchas veces tenemos tendencia a importar estos servicios o ir al exterior para

obtenerlos. ¡Qué bueno sería que pudiéramos disponer de ellos en nuestro país!

Por todo este conjunto de ideas, que no queríamos dejar pasar la oportunidad de compartir, nos parece que estamos ante un proyecto de ley que merece ser acompañado y que merecerá seguir manteniendo debates en su construcción. De manera que esperemos que en no mucho tiempo, tras su aprobación en la Cámara de Representantes y las eventuales adecuaciones que allí puedan hacerle, podamos tener disponible esta ley para fortalecer el conjunto de instrumentos que hacen al desarrollo y a la mejora de la calidad de este Sistema Nacional Integrado de Salud, que tanto orgullo nos genera a todos por cuanto varias veces ha sido reconocido como una de esas cosas que se hacen a la uruguaya. En más de una ocasión el ministro ha sido muy enfático en reconocer que muchos sistemas que se iniciaron en otras partes del mundo no pudieron llegar al nivel que tiene el nuestro. Y el desafío que nos estamos planteando ahora es dar nuevos pasos en ese sentido.

Esperemos que podamos aprobar este proyecto de ley, que los centros de referencia en salud sean un instrumento más de esas políticas de Estado que hemos estado construyendo los uruguayos y que, en última instancia, después sea un tema de regocijo, no solo para quienes estamos siendo parte de su construcción, sino esencialmente para sus beneficiarios, es decir, los usuarios del sistema de salud de nuestro país.

Gracias, señora presidenta.

SEÑORA MOREIRA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA MOREIRA.- Voy a intervenir muy brevemente para acercar la opinión del doctor Federico Preve, quien integra el equipo de Casa Grande. Él me envió unas notas con relación a la aprobación de este proyecto de ley, porque ha sido un gran defensor de los centros y de los servicios de referencia. Incluso en la propia comisión de programa del Frente Amplio siempre ha acercado notas e iniciativas vinculadas a este aspecto.

En los apuntes que me hace llegar, resalta algunas cosas y deja planteada solamente una duda.

Destaca la importancia de que los centros de referencia concentren recursos en un país superbalcanizado, superfragmentado, «superchacrizado». La concentración de recursos infraestructurales, materiales y humanos; tecnologías; *expertise* profesional y técnica para estas patologías, es el primer beneficio indudable de la creación de los centros de referencia.

En segundo lugar, a su juicio los centros de referencia contribuyen a eliminar y a evitar duplicaciones y competencias innecesarias e ineficiencias del sistema, algo que también pasa dentro del Estado y entre los subsistemas público y privado en salud.

En tercer lugar, considera que los centros de referencia fomentan un cambio en el abordaje asistencial pasando del abordaje asistencial por acto a un abordaje realizado a través de la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación. En tal sentido, el doctor Federico Preve señala la enorme importancia que significa que los centros de referencia introduzcan lo que llama un abordaje longitudinal e integral.

En cuarto término, destaca la profundización de la interacción entre los distintos niveles de asistencia, tanto entre el primer y el segundo nivel con los centros de referencia, como la necesaria contrarreferencia al prestador habitual.

En quinto lugar, señala que los centros de referencia permiten la asistencia protocolizada, los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, así como la equidad asistencial entre el subsistema público y privado, un objetivo asistencial, un objetivo sanitario que siempre está presente. Y también generan la obligación de informar y medir a través de indicadores de calidad asistenciales.

Voy a agregar dos aspectos adicionales que son muy importantes. En primer lugar –esta es una diferencia con los IMAE–, los centros obligan a la formación académica a su cargo. En este sentido, el doctor Federico Preve entiende que debería ser parte de una lógica pública para evitar que los centros se transformen en núcleos de poder corporativo. La formación de recursos humanos es muy importante. Hay que obligar a la formación de residentes médicos, de licenciados en enfermería, etcétera, es decir, la formación de los recursos humanos como forma de amortiguar el corporativismo médico.

A él le queda una duda –lo he consultado con mi amigo y colega el señor senador Carámbula– acerca de la participación del Fondo Nacional de Recursos como intermediador porque entiende que la lógica del fondo con los IMAE es distinta, pues es la lógica del pago por acto y no por el proceso, o sea, una lógica más empresarial. El señor senador Carámbula me explicaba que esto tiene que ver con la transición hacia la instalación de esta nueva modalidad.

A diferencia de lo escuchado en sala, el doctor Federico Preve hace hincapié en que la financiación sea a través de una porción de la cápita Fonasa, apuntando a una lógica de financiamiento de todo el sistema a través del Fonasa, una estrategia uniformizadora y buena. Es la idea de tener un financiamiento totalmente público para los centros de referencia.

También señala como un debe del proyecto –por ser general no podía contenerlo en forma específica– el formato laboral de trabajo en los centros asistenciales para

ir hacia modalidades contractuales que permitan la dedicación intensiva y exclusiva de los médicos. Quiero dejar sentado que, muchas veces, esto es una lucha que va contra la lógica corporativa del propio sistema médico. No obstante, para los centros de referencia sería adecuado el formato laboral de alta dedicación o dedicación total. Esta sería una primera propuesta; se trata de dejar instalada la potestad de crear centros de referencia que, básicamente, es lo que establece el proyecto de ley. Quería dejar sentada la posición del doctor Federico Preve con respecto a la dedicación de los recursos humanos.

En suma, dice que el proyecto genera dos buenos efectos: el efecto centro y el efecto volumen, tanto a nivel de concentración de tecnologías como de recursos humanos; además, evita la duplicación de estructuras y el mal gasto de los dineros públicos y mejora la calidad de atención en un marco de equidad en el acceso. La formación de los recursos humanos, la generación de indicadores de calidad asistencial, la alta dedicación de los recursos, los sistemas de referencia y contrarreferencia y el abordaje multidisciplinario longitudinal e integral hacen –lo dice Federico Preve– que estos centros sean una posibilidad de mejorar la calidad asistencial de los usuarios en lo que tiene que ver con las enfermedades de baja prevalencia o de alto impacto social. En otras palabras, mejora la eficiencia del Sistema Nacional Integrado de Salud, lo profundiza y aparece como un componente indispensable, en momentos en que el Gobierno retoma la agenda de la segunda generación de reformas de este sistema. Este proyecto de ley es excelente para continuar profundizando la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud que ha sido ejemplar, que ha permitido mejorar la mayor parte de los indicadores de salud, dejando al Uruguay en un lugar de destaque en el concierto latinoamericano y que ahora vuelve a recibir un impulso del Poder Ejecutivo y del Frente Amplio.

Para concluir, quiero hacer mías las palabras del señor senador Federico Preve y dar mi más entusiasta apoyo al proyecto de ley de Centros o Servicios de Referencia en Salud que ha sido concretado.

Gracias, señora presidenta.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en general el proyecto de ley.

(Se vota).

–15 en 28. **Afirmativa.**

9) PRÓRROGA DE LA HORA DE FINALIZACIÓN DE LA SESIÓN

SEÑORA TOURNÉ.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA TOURNÉ.- Formulo moción para que se prorrogue la hora de finalización de la sesión de hoy, hasta que se termine de considerar el orden del día.

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar la moción formulada.

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

10) CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD

SEÑORA PRESIDENTE.- Continúa la discusión del primer punto del orden del día.

SEÑOR AMORÍN.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra.

SEÑOR AMORÍN.- Señora presidenta: hemos votado en general negativamente, no porque no estemos de acuerdo con el concepto pues, de hecho, lo estamos –me parece que la mayoría de la cámara está a favor de los centros de referencia–, sino por entender que, en algunos casos, el proyecto de ley no es claro. Hay algunas áreas con las que no estamos conformes, como el financiamiento y la relación con los actuales IMAE y, por tanto, hay una cantidad de cosas que no nos quedan claras. El concepto está bien, pero el contenido no nos queda claro.

Por lo tanto, aclarando que estamos a favor del concepto, votamos en general negativamente, al igual que lo haremos con muchos de los artículos. De todos modos, aspiramos a que el proyecto de ley sea considerado nuevamente por este Senado, después de que la Cámara de Diputados le introduzca modificaciones importantes que nos aclaren algunos temas y hagan posible que, a la vuelta, podamos votar afirmativamente esas modificaciones.

Gracias, presidenta.

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Brevemente, podemos decir que, en general, no acompañamos el proyecto de ley por los mismos argumentos señalados por el señor senador Amorín. Nosotros entendemos que la idea es buena, pero hay un problema de diseño en la elaboración del proyecto de ley. Algunas cosas se han ido corrigiendo, pero eso no fue suficiente y, además, hay incertidumbre sobre el tema del financiamiento. Hemos consultado a nuestros asesores en materia de políticas de salud y nos hicieron un plan-

teo respecto de estas reservas que esperamos puedan ser saldadas en la Cámara de Representantes. Deseamos que allí sean subsanados esos ajustes necesarios –yo diría imprescindibles– para dar garantía al funcionamiento de la propuesta de los centros de referencia.

Era cuanto quería manifestar.

SEÑORA PRESIDENTE.- En discusión particular.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Formulo moción para que se suprima la lectura de los artículos.

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar la moción presentada.

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 1.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 2.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 3.º.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Señora presidenta: con relación al aditivo que se ha repartido hemos hecho las consultas con los colegas que integran la Comisión de Salud Pública y creemos que puede ser incorporado al artículo 3.º. Por lo tanto, lo votaríamos afirmativamente.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Corresponde votar en primer término el artículo 3.º y luego el aditivo propuesto.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 3.º.

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el aditivo para el artículo 3.º.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «El MSP promoverá la descentralización territorial de los Centros y Servicios de Referencia, garantizando que su instalación sea equitativa entre Montevideo y el interior del país».

SEÑOR BORDABERRY.- Proponemos que la sigla «MSP» se desarrolle y se establezca: «El Ministerio de Salud Pública…».

SEÑORA PRESIDENTE.- Así se hará.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el aditivo.

(Se vota).

–28 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 4.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–28 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 5.º.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señora presidenta: adelantamos que no vamos a acompañar este artículo porque, a nuestro entender, consagra la responsabilidad objetiva de instituciones sobre actos cometidos por otros, sobre los cuales la institución no tiene elección. O sea que la institución madre es responsable por lo que hace un centro de referencia al que, además, no eligió. Creemos que eso es negativo y no se puede tener responsabilidad por actos cometidos por terceros.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 5.º.

(Se vota).

–16 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 6.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 7.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 8.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 9.º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 10.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señora presidenta: nosotros podríamos votar este artículo si se quitara el término «exclusividad».

Concretamente, la disposición establece: «En aquellos casos en que a la fecha de aprobación de la presente ley existan entidades que tengan en exclusividad la atención de cierta patología,…». Y la idea –lo dijimos en nuestra intervención– es que se reconozcan aquellos centros o servicios de referencia que actualmente existen y que la exclusividad no sea una limitante, porque sobre una patología podría existir más de un centro de referencia. En consecuencia, apelamos a que el proyecto de ley no niegue su existencia –no los deje sin funcionamiento–, sino que los reconozca a partir del momento de la entrada en vigencia de la ley.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 10.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 11.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 12.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–25 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 13.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señora presidenta: creemos que este artículo debe ser especificado porque establece: «Créase en el Ministerio de Salud Pública el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Los centros y servicios que hayan sido designados como tales deberán remitir al registro los datos que les sean requeridos, cuyo contenido, forma y temporalidad determinará la reglamentación de la presente ley».

Consideramos que este artículo puede ir en contra del secreto profesional. Como los señores senadores saben, en todo acto médico debe preservarse el secreto profesional y, al mismo tiempo, hay que proteger la intimidad de los pacientes y los datos personales. Quiere decir que cuando el Ministerio de Salud Pública solicita datos a los centros de referencia, no pueden ser todos los datos, sino los datos estadísticos. Por ejemplo, no puede decir que en tal fecha se atendió al señor García o al señor Pérez de tal afección, etcétera, porque ello viola el secreto profesional y la intimidad de los pacientes que debemos preservar en todo acto médico. Por eso, creemos que este artículo debe ser reformulado para que quede claro que no refiere a datos confidenciales que son de resorte de la persona.

Muchas gracias.

SEÑOR CARÁMBULA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR CARÁMBULA.- Señora presidenta: justamente, uno de los grandes temas que le pedimos a todo lo que es el Sistema Nacional Integrado de Salud y, en este caso, a los centros de referencia, es poder auditar, certificar, controlar y evaluar la calidad de lo que se brinda. Naturalmente que para eso se debe tener la información objetiva que permita hacer la evaluación.

A propósito de lo planteado por el señor senador García quiero decir que, tal como lo consagra el artículo del proyecto de ley, la reglamentación permitirá establecer aquellos datos que, efectivamente, no violen la confidencialidad de la reserva del paciente en cada caso.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 13.

(Se vota).

–21 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 14.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 15.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señora presidenta: como lo expresé en mi intervención, a través de este artículo se consolida una institución que, en su seno, tenía conflicto de intereses. En el artículo se establece que la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública, estará integrada por dos representantes de esa cartera, uno de los cuales la presidirá; un representante del Ministerio de Economía y Finanzas; un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos. El integrante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República va a asesorar sobre la habilitación o creación de centros de referencia que ella misma tiene, siendo que se puede presentar un centro de referencia de cualquier institución pública o privada del resto del país y se estaría ante un conflicto de intereses absolutamente indubitable.

Por eso, señora presidenta, creemos que se debería reformular la integración de la Comisión Honoraria Asesora, evitando los conflictos de intereses y estimulando la contraposición de intereses.

Muchas gracias.

SEÑOR GARÍN.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARÍN.- Señora presidenta: este es un aspecto que estuvimos debatiendo en la última sesión de la comisión –incluso, posteriormente a ella– y está claro que podría llegar a plantearse una conjunción de intereses cuando el aspirante sea alguno de los servicios de la Facultad de Medicina, dado que la Comisión Honoraria Asesora puede emitir opinión sobre la oportuna selección.

Ante todo, queremos plantear que la Comisión Honoraria Asesora no tiene la última palabra, sino que la tiene el Ministerio de Salud Pública. Pero, además, queríamos dejar planteada la posibilidad de agregar a este artículo un tercer inciso, que exprese lo siguiente: «Los integrantes de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia deberán actuar conforme a lo dispuesto en los artículos 20 a 22 de la Ley Nº 17.060, de 23 de diciembre de 1998 y en su decreto reglamentario». Esta es la ley que reglamenta el tema de la participación en órganos institucionales donde se trate de resguardar la imparcialidad.

Entonces, podemos poner a consideración –de la manera que lo entienda la Mesa– este tercer inciso que se agregaría al artículo 15.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- La voluntad la entendimos; habría que leerlo. Creo que la voluntad que expresó el señor senador Garín es positiva, si bien hay una formulación de leyes que habría que estudiar.

Entonces votaremos negativamente pero advirtiendo, dado que esto pasa a la segunda cámara, que ese es el camino, por lo que debería verse la posibilidad de incluir también a los representantes de las instituciones mutuales o centros de referencia existentes. En realidad, no lo acompañamos con nuestro voto porque no tenemos tiempo de analizarlo, aunque consideramos que para evitar el conflicto de intereses es un camino positivo.

SEÑORA PRESIDENTE.- En primer término, corresponde votar el artículo 15.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 27. **Afirmativa.**

Léase el texto propuesto por el señor senador Garín para ser agregado como tercer inciso.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «Los integrantes de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia deberán actuar conforme a lo dispuesto en los artículos 20 a 22 de la Ley Nº 17.060, del 23 de diciembre de 1998 y en su decreto reglamentario».

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 16.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Aunque no vamos a acompañar este artículo, con el ánimo de seguir colaborando advertimos que en el literal d) se dice: «Estudiar y proponer la renovación» cuando en ninguna disposición del proyecto de ley se establecen habilitaciones a término. Mal puede renovarse lo que no tiene finalización.

En realidad, esto viene inspirado del decreto español, donde sí se habla de renovación, pues se determina que las habilitaciones de los centros de referencia son a término, por cinco años. Sin embargo, en ninguna parte de este proyecto de ley se habla del límite, y no es posible renovar lo que no tiene límite. Reitero que hago esta advertencia con la vocación de seguir mejorando el proyecto presentado.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 17.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 18.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 19.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–28 en 28. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 20.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 21.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–16 en 28. **Afirmativa.**

Queda aprobado el proyecto de ley, que se comunicará a la Cámara de Representantes.

SEÑORA XAVIER.- ¿Me permite, señora presidenta? Confieso que me distraje, por lo que consulto si se votó el *nomen iuris* del artículo 8.º.

SEÑORA PRESIDENTE.- No, señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Nos olvidamos de proponer el *nomen iuris* «Garantías».

SEÑOR PINTADO.- Que se vote como aditivo.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Hay que rectificar la votación.

(Dialogados).

SEÑORA PRESIDENTE.- Veamos cómo debemos proceder. Escucho propuestas.

SEÑOR AMORÍN.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR AMORÍN.- A los efectos de colaborar, señalamos lo siguiente. El proyecto de ley ya fue aprobado y la Mesa dio cuenta de ello; entonces, hagamos bien las cosas, que es lo razonable. Reitero: el proyecto de ley ya está aprobado; lo que vamos a consultar a la Secretaría y a la Mesa en general es si es posible reconsiderarlo después de haber sido dado por aprobado. Si es así, nosotros estamos para ayudar, obviamente; lo que no queremos es que el día de mañana este proyecto resulte inválido por algún motivo.

SEÑOR MICHELINI.- No hay problema si reconsideramos el proyecto de ley.

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar si se reconsidera el proyecto de ley.

(Se vota).

–24 en 28. **Afirmativa.**

Está en consideración nuevamente el proyecto de ley.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra para una moción de orden.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Formulo moción en el sentido de que se suprima la lectura, se vote en bloque y se desglose el artículo 8.º, al que propondremos agregarle el *nomen iuris.*

SEÑOR LARRAÑAGA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Señora presidenta: demos como válida la votación que ya se efectuó porque, si no, tendríamos que votar todos los artículos de vuelta en función de cómo lo hicimos. Demos como válida esa votación, procedamos al desglose que solicita la señora senadora Xavier y votemos el artículo 8.º con el agregado del *nomen iuris* «Garantías». Me parece que es lo mejor para subsanar el trámite parlamentario. Al ratificar las votaciones vertidas en los artículos estamos ratificando cómo hemos votado, es decir, el sentido en que lo hicimos. Si no, me parece que ingresaremos en una complejidad adicional que no agrega nada al tema. Reitero, se puede arreglar de la forma que he expuesto. Lo digo con el ánimo de perfeccionar y de convalidar el criterio, y creo que hay unanimidad en este sentido.

SEÑOR AMORÍN.- De acuerdo.

SEÑORA PRESIDENTE.- Entonces, pasaríamos a votar en general el proyecto de ley y, después, ratificaríamos la votación hecha desglosando el artículo 8.º, que sería puesto a votación nuevamente.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en general el proyecto de ley.

(Se vota).

–16 en 29. **Afirmativa.**

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en bloque el articulado ratificando la votación hecha y desglosando el artículo 8.º.

(Se vota).

–28 en 29. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 8.º.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Señora presidenta: tal como adelantamos, proponemos que se agregue al artículo el *nomen iuris* «Garantías».

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 8.º con ese agregado del *nomen iuris.*

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Queda aprobado el proyecto de ley, que se comunicará a la Cámara de Representantes.

(Texto del proyecto de ley aprobado).

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Objetivo).- Declárase de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud. Estos garantizarán el acceso a la atención de calidad de patologías que, por requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente su concentración en un número reducido de entidades.

Artículo 2º. (Definición).- Se entiende por Centro o Servicio de Referencia a la entidad o aquella parte de la misma que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las siguientes características:

a) Ser generalmente complejas y de baja prevalencia.

b) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada.

c) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo-efectividad, precise de la concentración de un número mínimo de casos.

El Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia que crea la presente ley, determinará las patologías que reúnan las características referidas en los literales anteriores.

Artículo 3º. (Cobertura geográfica).- Los Centros y Servicios de Referencia darán cobertura en todo el territorio nacional a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y permitirán el acceso a quienes requieran de sus servicios en igualdad de condiciones.

El Ministerio de Salud Pública promoverá la descentralización territorial de los Centros y Servicios de Referencia, garantizando que su instalación sea equitativa entre Montevideo y el interior del país.

Artículo 4º. (Derivación obligatoria).- En caso de patologías identificadas en las disposiciones de la presente ley, los prestadores de servicios integrales de salud públicos y privados de todo el país deberán derivar a las personas inscriptas en sus padrones de usuarios a los Centros y Servicios de Referencia designados pára la atención de las mismas.

Artículo 5º. (Alcance de la intervención).- La derivación de usuarios a un Centro o Servicio de Referencia no exime la responsabilidad que tiene el prestador de servicios integrales de salud sobre el usuario en cuyos padrones el mismo esté inscripto, debiendo actuar el Centro o Servicio de Referencia como apoyo para la confirmación diagnóstica, realización de técnicas y procedimientos terapéuticos y evacuación de consultas de los prestadores en lo pertinente a su competencia.

Artículo 6º. (Procedimientos de referencia y contra referencia).- Con base en las propuestas de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, el Ministerio de Salud Pública aprobará los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios, los que deberán cumplir con los protocolos que se elaboren al efecto.

CAPÍTULO II

DESIGNACIÓN

Artículo 7º. (Designación).- La designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la normativa de habilitación existente para todas las estructuras asistenciales.

Los criterios para esa designación considerarán, como mínimo, los siguientes aspectos:

a) Acreditar conocimiento y experiencia suficientes en el manejo de la patología de que se trate.

b) Haber tenido o prever un volumen de actividad suficiente en la atención de la patología para la que se solicita la designación como Centro o Servicio de Referencia, que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias.

c) Contar con equipamiento, recursos humanos y materiales disponibles, suficientes y actualizados.

d) Disponer de sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados.

e) Acreditar capacidad y disposición para la formación, en la actividad de que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad.

f) Garantizar la continuidad de la prestación del servicio.

Artículo 8º. (Garantías).- El Ministerio de Salud Pública establecerá los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar la prestación del servicio, en caso de imposibilidad del Centro o Servicio de Referencia.

Artículo 9º. (Llamado a interesados).- El Ministerio de Salud Pública realizará llamados públicos a interesados en la designación como Centro o Servicio de Referencia, mediante mecanismos que garanticen la igualdad de oportunidades para todos los

interesados. Podrán solicitar la designación de Centro o Servicio de Referencia entidades públicas y privadas.

Artículo 10 (Excepciones).- En aquellos casos en que a la fecha de aprobación de la presente ley existan entidades que tengan en exclusividad la atención de cierta patología, el Ministerio de Salud Pública, por razones de buena administración, podrá prescindir del llamado y designar directamente como Centro o Servicio de Referencia sin necesidad de realizar el mismo.

Artículo 11. (Autonomía).- La designación como Centro o Servicio de Referencia no afectará la autonomía técnica ni administrativa, como así tampoco la dependencia jerárquica de las entidades. Será de cargo de la autoridad sanitaria correspondiente, realizar los controles según lo prescriba la normativa aplicable.

Artículo 12. (Habilitación).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con habilitación del Ministerio de Salud Pública, obtenida de conformidad con la normativa sanitaria aplicable.

Artículo 13. (Registro).- Créase en el Ministerio de Salud Pública el Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia. Los centros y servicios que hayan sido designados como tales deberán remitir al registro los datos que les sean requeridos, cuyo contenido, forma y temporalidad determinará la reglamentación de la presente ley.

Artículo 14. (Transición).- Aquellas entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, incluyan entre sus prestaciones regulares las identificadas como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y que no obtengan para sí mismas la designación como tales, deberán cesar en esas actividades específicas, sin perjuicio de la continuidad de sus demás prestaciones.

El Ministerio de Salud Pública determinará por resolución fundada el plazo que tendrá cada entidad para cesar su atención en las prestaciones regulares que hayan sido identificadas como de derivación obligatoria, la que no podrá exceder de treinta y seis meses ni será inferior a doce meses. El plazo mínimo podrá ser reducido en caso de existir acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la entidad correspondiente.

CAPÍTULO III

COMISIÓN HONORARIA ASESORA

Artículo 15. (Comisión Honoraria Asesora).- Créase la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública. Estará integrada por dos representantes de esa cartera, uno de los cuales la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Los integrantes de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia deberán actuar conforme a lo dispuesto en los artículos 20 a 22 de la Ley Nº 17.060, de 23 de diciembre de 1998 y en su Decreto Reglamentario.

Artículo 16. (Cometidos).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia tendrá los siguientes cometidos:

a) Estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial, teniendo en cuenta los criterios a que refiere el artículo 2º de la presente ley.

b) Con base en lo dispuesto en el artículo 7º de la presente ley, proponer los criterios específicos para la designación de los Centros y Servicios de Referencia, así como el procedimiento para realizar la misma.

c) Evaluar las propuestas presentadas por los interesados a llamados de Centros y Servicios de Referencia, debiendo elevar informe fundado al Ministro de Salud Pública a los efectos de la selección y designación.

d) Estudiar y proponer la renovación o, en su caso, la revocación de la designación de Centros y Servicios de Referencia.

e) Proponer los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios a Centros y Servicios de Referencia.

f) Elaborar su reglamento interno de funcionamiento.

g) Otros que le asigne el Ministerio de Salud Pública relacionados con la materia de su competencia.

Artículo 17. (Opinión externa).- La Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia podrá incorporar a sus deliberaciones, con voz pero sin voto, a expertos cuya opinión considere oportuna en razón de la materia de que se trate, así como constituir grupos temáticos de trabajo cuando lo considere necesario.

CAPÍTULO IV

FINANCIAMIENTO

Artículo 18. (Financiamiento).- El financiamiento de la atención de patologías que se brinden en los Centros y Servicios de Referencia, designados de conformidad con lo dispuesto en la presente ley, se solventará como se establece en los literales siguientes:

a) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley se encuentren cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por el mismo.

b) Las prestaciones que, estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiadas por este en las condiciones que establezca la reglamentación.

c) Las prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, quedarán sujetos a informe favorable de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas de manera de acreditar la sustentabilidad financiera.

La financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud

incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.

Dicho costo equivalente será mensual, consecutivo y directamente proporcional a la cantidad de usuarios inscriptos en los padrones de los prestadores, con independencia del número de actos médicos realizados.

La reglamentación establecerá los mecanismos conforme a los cuales se realizará la referida compensación.

La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del Ministerio del Interior, podrán optar por el prepago al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados. Igual criterio se aplicará respecto de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado que posean carné de asistencia extendido por la misma.

CAPÍTULO V

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Artículo 19. (Formación de recursos humanos).- Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades que se realicen en ellos, pudiendo a tales efectos celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión del Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO VI

SANCIONES

Artículo 20. (Sanciones económicas).- Los prestadores públicos y privados que no den cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, serán pasibles de sanciones económicas, que aplicará el Ministerio de Salud Pública de conformidad con la normativa sanitaria vigente.

Artículo 21. (Sanciones por discontinuidad del servicio).- En caso que el servicio se vea discontinuado por motivos o hechos imputables al Centro o Servicio de Referencia, el Ministerio de Salud Pública podrá disponer la revocación de la designación de este, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales que correspondan.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 18 de octubre de 2017

LUCÍA TOPOLANSKY
Presidente

HEBERT PAGUAS
Secretario

11) RIEGO CON DESTINO AGRARIO

SEÑORA PRESIDENTE.- Léase una moción de orden llegada a la Mesa.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «Mocionamos para que se trate en forma grave y urgente y se distribuya en sala el proyecto de ley por el que se modifican disposiciones de la Ley n.º 16858, de 3 de setiembre de 1997, referida a normas para el riego con destino agrario. (Carp. n.º 511/2016 - rep. n.º 530/17)». *(Firman los senadores Garín, Michelini, Delgado y Amorín).*

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota).

–29 en 29. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

12) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑORA PRESIDENTE.- Léase una solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «Montevideo, 18 de octubre de 2017

Presidenta de la
Cámara de Senadores
Señora Lucía Topolansky
Presente

De mi mayor consideración:

En virtud de haber sido invitado por el presidente de la república Dr. Tabaré Vázquez a participar en la Conferencia Mundial sobre las Enfermedades No Transmisibles organizada en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, a realizarse hoy miércoles 18 de octubre, solicito a usted me conceda licencia por obligaciones notorias inherentes al cargo, una vez finalizado el punto 1.º del orden del día de la sesión del Senado del día de hoy.

Sin otro particular, saludo atentamente.

Javier García Duchini. Senador».

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–28 en 28. **Afirmativa**. UNANIMIDAD.

Queda convocado el señor Sebastián da Silva, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

13) RIEGO CON DESTINO AGRARIO

SEÑORA PRESIDENTE.- Se pasa a considerar el asunto cuya urgencia fue votada: «Proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes, por el que se modifican disposiciones de la Ley n.º 16858, de 3 de setiembre de 1997, referidas a normas para el riego con destino agrario. (Carp. n.º 511/2016 - rep. n.º 530/17)».

(Antecedentes).

Carp. n.° 511/2016 - rep. n.° 530/17

CÁMARA DE REPRESENTANTES

La Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, en sesión de hoy, ha sancionado el siguiente

Proyecto de Ley

Artículo 1º.- Sustitúyese el artículo 4º de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 4º. (Requisitos para el otorgamiento de concesiones).- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 176 del Código de Aguas, las concesiones podrán ser otorgadas cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1) Que exista agua disponible en cantidad y calidad, acorde con lo que establezca el Poder Ejecutivo; el cual podrá reservar un porcentaje del volumen disponible para otros usos o fines en forma adicional al caudal ambiental que se establezca en la reglamentación de la presente ley.

2) Que el solicitante cuente con un plan de uso de suelos y de aguas aprobado por el Ministerio competente de acuerdo a lo establecido por las Leyes Nos. 16.466, de 19 de enero de 1994, y 18.610, de 2 de octubre de 2009, y demás normas concordantes, así como la reglamentación de la presente ley.

3) Que el solicitante acredite ser titular de un derecho de propiedad, usufructo o goce de los suelos donde se asienten las obras hidráulicas o sean afectadas por ellas".

Artículo 2º.- Sustitúyese el artículo 5º de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 5º. (Concesión condicionada).- En caso de no acreditarse los derechos que refiere el numeral 3) del artículo 4º de la presente ley, y a solicitud del interesado, el Ministerio competente podrá otorgar una concesión condicionada aprobando con carácter provisorio el proyecto de obra hidráulica a los solos efectos de gestionar la imposición judicial de las servidumbres que correspondan sobre el emplazamiento de la misma. Su otorgamiento no implicará derecho a construir, extraer, embalsar ni disponer de las aguas".

Artículo 3º.- Sustitúyese el artículo 12 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 12. (Asociaciones Agrarias de Riego (AAR) y Sociedades Agrarias de Riego (SAR)).- Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación civil y comercial vigente, los productores rurales interesados en el uso de agua para riego, podrán asociarse bajo las disposiciones de la presente ley para obtener permisos, concesiones u otros derechos que les otorguen directa o indirectamente el uso del agua para riego, así como repartir entre sus miembros las aguas y otros beneficios que puedan generarse en el cumplimiento de su objeto.

En aquellos casos que algunos o todos los socios fueren personas jurídicas, las mismas deberán cumplir con los requisitos establecidos por la normativa respectiva, debiendo ser la totalidad de su capital accionario representado por acciones nominativas pertenecientes a personas físicas.

Excepcionalmente, el Poder Ejecutivo podrá autorizar la participación de entidades o fondos propiedad de nacionales o extranjeros, siempre y cuando esa participación sea minoritaria y no controlante y contribuya a la aplicación de tecnologías innovadoras para elevar la producción y la productividad del sector".

Artículo 4º.- Sustitúyese el artículo 13 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 13. (Objeto).- Las Asociaciones Agrarias de Riego (AAR) y las Sociedades Agrarias de Riego (SAR) no podrán integrar a su objeto otros que no

refieran a los exclusivos efectos del uso, manejo, suministro del agua y obras de conducción y drenaje asociadas, conforme a las disposiciones de la presente ley y del Decreto-Ley Nº 15.239, de 23 de diciembre de 1981.

Se encuentra comprendido en dicho objeto la realización de obras hidráulicas de aprovechamiento en común o individual de sus miembros o para servicios a terceros, así como la operación de sistemas de riego y la generación de energía eléctrica de fuente hidráulica".

Artículo 5º.- Sustitúyese el artículo 14 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 14. (Constitución y administración de las sociedades y las asociaciones).- Las Sociedades Agrarias de Riego (SAR) se constituirán por contrato escrito en documento público o privado, debiendo incluir de manera expresa en su denominación su naturaleza de "Sociedad Agraria de Riego".

Las Asociaciones Agrarias de Riego (AAR) se constituirán por acto colectivo en documento público o privado suscrito por los fundadores, debiéndose incluir en su denominación de manera expresa su naturaleza de "Asociación Agraria de Riego" y la aprobación de sus estatutos.

En ambos tipos, el documento constitutivo deberá establecer:

A) Identificación de los miembros y socios.

B) Monto de capital social.

C) Aportes de capital.

D) Plazo.

E) Objeto social.

F) Domicilio social.

G) Derechos y obligaciones de los miembros y socios.

H) Causales de disolución.

I) Forma de votación.

J) Administración y representación.

K) Indicación de los permisos o concesiones de cada socio cuando corresponda.

En el caso de las Asociaciones deberán incluir asimismo en los estatutos:

A) El carácter variable del capital y si el mismo será ilimitado o limitado con indicación de hasta qué monto, su integración y los aportes ordinarios de sus miembros.

B) Las condiciones de ingreso y egreso de los miembros y los socios.

C) La constitución de los órganos internos que se entiendan convenientes.

Cuando la Asociación posea más de siete miembros, deberá prever un Consejo Directivo y una Asamblea General. Las decisiones adoptadas por la Asamblea obligarán a todos los miembros integrantes de la Asociación.

D) Los estatutos podrán disponer la existencia de reglamentos internos y la exigencia de mayorías especiales para su reforma.

Las Asociaciones Agrarias de Riego (AAR) y las Sociedades Agrarias de Riego (SAR) podrán suspender el servicio de riego para la zafra siguiente, en caso de incumplimiento de sus obligaciones, previa vista al socio o contratante del servicio en la forma que prevean los estatutos o estipulaciones contractuales.

En ningún caso la suspensión referida podrá hacerse efectiva antes de levantar la cosecha ni privar a los miembros del caudal de agua del que gozaba previamente a la existencia de las obras de la AAR o la SAR, según corresponda. Se entiende como zafra un ciclo completo de un cultivo, sea este de invierno o de verano.

Asimismo, los estatutos o estipulaciones contractuales deberán contener los derechos y obligaciones del proveedor del servicio de riego como también las sanciones por incumplimiento".

Artículo 6º.- Sustitúyese el artículo 15 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 15. (Personería jurídica).- Las Asociaciones Agrarias de Riego (AAR) y las Sociedades Agrarias de Riego (SAR) deberán inscribir el documento social (acta de constitución y estatutos o contrato social) en el Registro que a este fin llevará el Ministerio competente. Obtenida la referida inscripción, tendrán personería jurídica desde el momento de su constitución.

Antes de su inscripción no podrán realizar acto alguno imputable a la asociación y a la sociedad, salvo los de trámite relativos a su formación.

La responsabilidad de los miembros por las deudas sociales será siempre limitada al monto de sus respectivos aportes".

Artículo 7º.- Sustitúyese el artículo 16 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 16. (Libros).- Las Asociaciones Agrarias de Riego (AAR) y las Sociedades Agrarias de Riego (SAR) deberán llevar libros rubricados por el Ministerio competente de acuerdo con lo que establezca la reglamentación".

Artículo 8º.- Sustitúyese el artículo 19 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 19. (Legislación supletoria).- En todo lo no previsto respecto a las asociaciones y las sociedades agrarias de riego, se aplicarán, en lo pertinente, las disposiciones de la Ley Nº 17.777, de 21 de mayo de 2004. No obstante, la muerte o incapacidad de alguno de sus miembros no provocará la disolución de las mismas.

No será aplicable lo dispuesto por el artículo 1918 del Código Civil ni la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989 (Ley de Sociedades Comerciales)".

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 21 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 21. (Construcción).- Toda construcción de obras hidráulicas con fines de riego requerirá la aprobación del proyecto de obra, del plan de uso y manejo de suelos y de aguas, así como la autorización ambiental, de acuerdo a lo establecido en el Código de Aguas y las Leyes Nos. 16.466, de 19 de enero de 1994, 18.564, de 11 de setiembre de 2009, y 18.610, de 2 de octubre de 2009, y demás normas concordantes.

La reglamentación dispondrá los mecanismos y los procedimientos administrativos necesarios para la aprobación conjunta por parte de los Ministerios competentes.

En las represas destinadas simultáneamente a riego y generación de energía eléctrica con una potencia de hasta 10 MW (diez megavatios), a los efectos de su vinculación al Mercado Mayorista de Energía Eléctrica a través del Despacho Nacional de Cargas, se considerará que existe preferencia del riego sobre la generación de energía en los términos que establezca la reglamentación.

Todo proyecto de obra hidráulica que se presente a aprobación, deberá prever las condiciones en que será operada, a los efectos de prevenir afectaciones a la calidad de las aguas, tanto las retenidas como las del curso aguas abajo, en un todo de acuerdo a lo establecido por la Ley Nº 18.610.

Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 4º del Código de Aguas, en caso de contravención a lo dispuesto precedentemente, facúltese indistintamente a los Ministerios competentes, para solicitar judicialmente la demolición de las obras a cargo del infractor, siguiéndose a esos efectos el procedimiento previsto en el artículo 346 del Código General del Proceso, no obstante las multas que pudiere imponer en vía administrativa al amparo de lo dispuesto por el artículo 26 de la presente ley y de la acción penal cuando corresponda".

Artículo 10.- Sustitúyese el artículo 22 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, el cual quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 22. (Gravamen).- Las parcelas afectadas en un sistema multipredial de riego quedarán gravadas, con consentimiento expreso del propietario, con una obligación de pago para cubrir el costo fijo que se pactará de común acuerdo, el cual deberá comprender los servicios de almacenamiento, conducción y mantenimiento del sistema de riego.

Dicho gravamen garantizará el pago del costo arriba indicado hasta el monto y las condiciones que se estipulen. Se constituirá en escritura pública y se inscribirá en el Registro de la Propiedad Sección Inmobiliaria.

Tanto el fraccionamiento como la enajenación del inmueble no modificarán el gravamen existente, ni aun cuando el nuevo adquirente no requiera los servicios de riego".

Artículo 11.- A los efectos de lo previsto por el numeral 5) del artículo 3º del Código de Aguas, una vez establecido el canon correspondiente por parte del Poder Ejecutivo, las Sociedades Agrarias de Riego y las Asociaciones Agrarias de Riego quedarán obligadas al pago del mismo. .

Artículo 12.- Asociado a las obras hidráulicas para riego podrá existir un Operador de Sistema de Riego que tendrá el cometido de gestionar la concesión otorgada de acuerdo con las condiciones y normas técnicas sobre el uso del agua establecida en la presente ley y su reglamentación.

Artículo 13.- El agua usada para riego deberá tener una calidad apta para tal fin de acuerdo con la reglamentación.

Artículo 14.- Agréguese al inciso segundo del artículo 3º de la Ley Nº 18.786, de 19 de julio de 2011, el siguiente literal:

"E) Obras hidráulicas para riego".

Artículo 15.- Los beneficios fiscales obtenidos a través de la Ley Nº 16.906, de 7 de enero de 1998, por las Asociaciones y las Sociedades Agrarias de Riego previstas en la

Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, y las Asociaciones y Sociedades Agrarias previstas por la Ley Nº 17.777, de 21 de mayo de 2004, cuyo objeto esté limitado exclusivamente a lo previsto en el artículo 13 de la Ley Nº 16.858, de 3 de setiembre de 1997, con las modificaciones introducidas por el artículo 4º de la presente ley, podrán ser trasladados a los miembros y socios de las mismas en proporción a su participación en la inversión.

Artículo 16.- Cuando en los proyectos de riego las obras hidráulicas se encuentren alejadas de los predios a regar, la conducción del agua podrá realizarse a través de los cursos naturales, de acuerdo a los caudales dispuestos en la concesión o permiso y a un programa de operación aprobado por el Ministerio competente.

Artículo 17.- Facúltese al Poder Ejecutivo a establecer el procedimiento y demás condiciones para la realización de evaluaciones ambientales de las estrategias de fomento del riego y el conjunto de obras hidráulicas para riego con destino agrario, teniendo especialmente en cuenta para ello las acciones y los efectos respecto de las cuencas hidrográficas.

Artículo 18.- Los contratos de suministro de agua deberán inscribirse en el Registro de la Dirección Nacional de Aguas de acuerdo con lo establecido en el artículo 9º del Código de Aguas.

Artículo 19.- Se consideran multiprediales los sistemas de riego para suministrar agua o riego a dos o más productores mediante contratos de suministro de agua o riego. Los proyectos que comprendan la creación de Sistemas de Riego Multiprediales deberán ser aprobados por la Autoridad Nacional de Agua.

Artículo 20.- Las obras hidráulicas que integran un Sistema de Riego Multipredial se consideran adscriptas a las parcelas en que se encuentren emplazadas, siguiendo al inmueble en cada transferencia de la propiedad. La afectación de tales obras deberá instrumentarse en escritura pública e inscribirse en el Registro de la Propiedad Inmueble.

Constituye un deber territorial relativo a la propiedad del suelo categoría rural el uso adecuado, conservación y protección de las obras hidráulicas integradas a un Sistema de Riego Multipredial (literales a), b) y c) del artículo 37 de la Ley Nº 18.308, de 18 de junio de 2008).

Artículo 21.- En las servidumbres de acueducto voluntarias o coactivas, podrán indistintamente considerarse como dominantes, las parcelas a regar o las parcelas que soportan el embalse o el apoyo de la presa. De la misma manera, en las servidumbres de embalse, podrá considerarse dominante la parcela o las parcelas donde apoya la presa.

Lo dispuesto en el inciso precedente no enerva la obligación del solicitante de la servidumbre de acreditar sus derechos sobre las parcelas a regar conforme lo dispone el numeral 1°) del artículo 95 del Código de Aguas. Las servidumbres no se verán afectadas por la incorporación de nuevas parcelas a regar, siempre que no hagan más gravosa la servidumbre para el dueño de la parcela sirviente.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 17 de octubre de 2017.

VIRGINIA ORTIZ
Secretaria

JOSÉ CARLOS MAHÍA
Presidente

SEÑORA PRESIDENTE.- En discusión.

Tiene la palabra el miembro informante, señor senador Garín.

SEÑOR GARÍN.- Señora presidenta: hoy queremos poner a consideración del Cuerpo –oficiando como tercera cámara– el proyecto de ley por el que se modifica la Ley n.º 16858, de 3 de setiembre de 1997, sobre promoción del riego con destino agrario.

Unas cuantas semanas atrás estuvimos tratando las modificaciones a la citada ley en el seno de este Cuerpo, a partir de un largo proceso de debate que se inició sobre mitad del año pasado en el marco de la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca del Senado. En ese ámbito tuvo lugar un conjunto importante de audiencias; vinieron instituciones de la academia, del Gobierno, muchas organizaciones gremiales de productores y colectivos que se dedican al riego. Finalmente, pudimos elaborar el proyecto de ley que aprobamos por unanimidad en la Cámara de Senadores y que en el día de ayer fue aprobado, también, por la segunda cámara, con algunas –pequeñas– modificaciones que brevemente expondremos para que sean puestas a consideración.

Está de más decir que a nivel del plenario, tanto del Senado como de la Cámara de Representantes, el proyecto de ley fue objeto del más amplio acuerdo de parte de todos los partidos allí representados; la única excepción fue Unidad Popular, en la Cámara de Representantes. De modo que el texto viene con los votos de casi la totalidad de los partidos políticos y, en última instancia, entendemos que será una importante contribución al aumento de la producción agropecuaria.

Nuestro país tiene la necesidad de cuidar un recurso tan valioso como es el agua, cuyo potencial, en alguna medida, nos estamos tomando la libertad de desaprovechar al permitir que el agua de escurrimiento llegue al mar sin ser utilizada por nuestros sistemas agrícolas. Este proyecto de ley apunta a lograr un mayor aprovechamiento del recurso, brindando la oportunidad de aumentar la producción, de incrementar la estabilidad de las unidades de producción y –por qué no–, nuevamente, a partir de la incorporación del riego, continuar ese camino de poner en valor el agua y desarrollar las capacidades de nuestros productores agropecuarios ante la llegada masiva de esta técnica de producción agropecuaria que es el riego.

Señora presidenta: ya se llevaron adelante en ambas cámaras las instancias de consulta y de reflexión, así como de discusión y de acuerdos. Ahora estamos en una fase de aprobación que se inició con el Senado y continuó en la Cámara de Representantes. Hoy, como tercera cámara, el Senado se apresta a considerar la ratificación de lo votado en el día de ayer por la Cámara de Representantes, a los efectos de dejar firme este proyecto de ley que plantea modificaciones a la ley de riego.

Es cuanto queríamos decir en general.

En particular, ante todo deseábamos poner a consideración de este plenario la aprobación de los artículos 1.º, 3.º y 5.º a los que se les ha agregado textos –aditivos– que paso a detallar detenidamente para ya dejar planteadas todas las modificaciones.

Por el artículo 1.º del proyecto de modificación de la Ley n.º 16858 se sustituye el artículo 4.º de la citada norma. Estamos poniendo a consideración y solicitando que se confirme el texto aprobado por la Cámara de Representantes para el numeral 2), al final del cual se hizo un agregado, quedando de la siguiente manera: «Que el solicitante cuente con un plan de uso de suelos y de aguas aprobado por el Ministerio competente de acuerdo a lo establecido por las Leyes n.os 16466, de 19 de enero de 1994 y 18610, de 2 de octubre de 2009, y demás normas concordantes, así como la reglamentación de la presente ley».

La otra modificación, señora presidenta, está referida al artículo 3.º de la ley modificativa, que sustituye el artículo 12 de la Ley n.º 16858. El tercer párrafo –o último inciso– de ese artículo 12 quedó redactado así: «Excepcionalmente, el Poder Ejecutivo podrá autorizar la participación de entidades o fondos propiedad de nacionales o extranjeros,» –precisamente, se agregó «de nacionales»– «siempre y cuando esa participación sea minoritaria y no controlante y contribuya a la aplicación de tecnologías innovadoras para elevar la producción y la productividad del sector».

Finalmente, el artículo 9.º de la ley modificativa sustituye el artículo 21 de la Ley n.º 16858 y tiene modificaciones en cuatro de sus cinco incisos.

Paso a leer cómo sugerimos que quede aprobado el inciso primero: «Artículo 21 (Construcción).- Toda construcción de obra hidráulica con fines de riego requerirá la aprobación del proyecto de obra, del plan de uso y manejo del suelo y de aguas, así como la autorización ambiental, de acuerdo a lo establecido en el Código de Aguas y las Leyes Nos. 16.466, de 19 de enero de 1994, 18.564, de 11 de setiembre de 2009, y 18.610, de 2 de octubre de 2009, y demás normas concordantes».

En el siguiente inciso, la redacción final diría: «La reglamentación dispondrá los mecanismos y los procedimientos administrativos necesarios para la aprobación conjunta por parte de los Ministerios competentes».

La redacción final del cuarto inciso expresaría: «Todo proyecto de obra hidráulica que se presente a aprobación, deberá prever las condiciones en las que será operada, a los efectos de prevenir afectaciones a la calidad de las aguas, tanto las retenidas como a las del curso aguas abajo, en un todo a lo establecido por la Ley Nº 18.610».

Finalmente, el quinto inciso, que tiene modificaciones, quedaría redactado de la siguiente manera: «Sin perjuicio de lo expuesto por el artículo 4º del Código de Aguas, en caso de contravención a lo dispuesto precedentemente, facúltese indistintamente a los Ministerios competentes, para solicitar judicialmente la demolición de las obras a cargo del infractor, siguiéndose a estos efectos el procedimiento previsto en el artículo 346 del Código General del Proceso, no obstante las multas que pudiere imponer en vía administrativa al amparo de lo dispuesto por el artículo 26 de la presente ley y de la acción penal cuando correspondan».

Queríamos dejar planteadas brevemente las razones por las que se solicitó el tratamiento urgente de este tema en el día de hoy a efectos de finalizar el proceso de modificación de la ley de riego y, a partir de esto, dar una señal muy clara al Parlamento pero muy especialmente al Gobierno y al sector agropecuario de que, en el menor tiempo posible, este proyecto de ley –luego de la aprobación en tercera cámara– va a significar un nuevo elemento para el desarrollo de la producción agropecuaria.

Muchas gracias.

SEÑORA AVIAGA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA AVIAGA.- Gracias, señora presidenta.

Nosotros vamos a votar negativamente este proyecto de ley. Estamos de acuerdo en que exista una ley de riego y en que es necesario que la producción y nuestros productores tengan una norma que los ampare, pero no esta que está a consideración.

Tener el agua es tener poder. Eso ha sido así desde los albores de la humanidad: quien tiene el agua tiene el poder. Y consideramos que este proyecto de ley entrega el dominio del agua, en el territorio, a manos privadas. Entre otras cosas, se otorgan facultades excepcionalmente al Poder Ejecutivo para permitir, a fondos y capitales extranjeros, ser parte de las corporaciones que van a tener el dominio sobre el agua, o sea, sobre el mercado del agua que se va a generar en el Uruguay.

A nuestro entender, esta es una ley que está direccionada hacia el agronegocio, que privatiza el agua y que no tiene en cuenta que no solo es un recurso productivo sino que además, esencialmente, es un bien fundamental para la vida.

Este proyecto avanza hacia la creación –como decía anteriormente– de un mercado de agua que va a estar bajo el dominio privado. Se crean agentes privados de comercialización, operadores del sistema de riego y sociedades agrarias de riego. Los operadores podrán cofinanciar, construir y operar el sistema de riego, y nada nos asegura que no se antepongan a los intereses propios económicos, las razones de orden social y ambiental que tendrían que primar en caso de que haya conflicto de intereses por el uso del recurso agua.

Entre otras cosas, no se requiere ser productor rural para ser operador de estos sistemas o miembro de las sociedades agrarias de riego, lo que habilita que se puedan conformar grupos financieros que controlen los sistemas de riego del país.

Estas son parte de las amenazas que vemos en este proyecto de ley que, quizás con muy buena intención y tratando de dar respuestas a una necesidad real –yo creo que de forma equivocada– puede llegar a permitir esto.

La orientación de la gestión del agua para el riego constituye una amenaza a su calidad y al funcionamiento de los sistemas hídricos. ¿Por qué? Porque el último informe de la Ursea sobre el agua, su calidad y el estado de situación de la cuenca del río Santa Lucía, entre otras razones, es lapidario acerca de la calidad actual del agua superficial. En ese informe se cuestiona especialmente lo actuado por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca o, mejor dicho, lo no actuado y las falencias de las políticas llevadas adelante en el territorio. Nosotros creemos que seguir intensificando este modelo no solo contradice el principio de gestión sustentable previsto en el artículo 47 de la Constitución, sino que también desconoce y pone en riesgo la prioridad en el uso de agua dulce para potabilizar.

El proyecto habla de «intensificación sostenible». ¿A qué se refiere? ¿En qué momento y cuándo se definió la intensificación sostenible? ¿Qué quieren decir con eso? Lamentablemente, las políticas del Poder Ejecutivo en la materia al día de hoy –de acuerdo con el último censo de 2011– dan cuenta de que se perdieron más de 12.241 productores porque se fueron del territorio. El 80 % de esos productores que desaparecieron por las políticas que siguen subsistiendo y siendo llevadas adelante por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, eran pequeños productores familiares.

Esta llamada «intensificación sostenible» carece de definiciones de límites de sostenibilidad, de criterio de ordenamiento territorial en las microcuencas y no da garantías, sobre todo, a los pequeños y medianos productores de este país. Estamos de acuerdo con que se necesita riego y que, sobre todo, los pequeños y los medianos productores son los que deben estar primeros en la lista de esas políticas que les aseguren el agua para la producción. Sin embargo, con esta ley quedan excluidos notoriamente porque, como dije, está orientada hacia el agronegocio y el mercado de agua en el país.

En el proyecto de ley se pone énfasis en los operadores del sistema, en las sociedades agrarias y en cómo van a

funcionar, pero no se habla nada y no se da un espacio a los pequeños y medianos productores de este país.

La evaluación ambiental estratégica –fundamental, creo yo, a la hora de pensar el territorio y de analizar los distintos proyectos a implementar– brilla por su ausencia, seguramente porque el presidente Vázquez, en el mensaje presupuestal del año 2015, envió un artículo por el que se eliminaba esa obligación para los proyectos de carácter nacional. Sin embargo, la evaluación ambiental estratégica es necesaria y más aún cuando hablamos de agua y de territorio. Bueno, no se evaluó cuál sería el beneficio y la efectividad de las medidas a tomar a partir de este proyecto de ley, ni tampoco cuáles serían las alternativas posibles para evitar impactos no deseados y que se generen conflictos en el territorio.

El agua tiene jerarquía nacional dada por la Constitución y no pueden definirse actuaciones sin la realización de estudios y análisis profundos de los riesgos y las oportunidades que pueden generar las acciones que se lleven junto con ella.

Tristemente, se seguirá improvisando en lo que tiene que ver con la protección del recurso agua en el territorio. La academia, a través de la Facultad de Ciencias, hizo un documento –al que hacemos referencia en gran parte de lo que estamos diciendo– en el que realiza un análisis exhaustivo del proyecto de ley. Quiero destacar que la Facultad de Ciencias no fue convocada y que su opinión no fue tenida en cuenta en las distintas comisiones en las que se estudió este proyecto de ley. Sin embargo, la academia ha dicho, en todos los ámbitos en los que ha logrado ser escuchada, que hay un grave riesgo de contaminación mayor en las aguas superficiales y de florecimiento de cianobacterias, entre otras cosas, cuando se hagan embalses.

En el proyecto de ley se habla de caudal ecológico o ambiental. ¿Qué significa caudal? ¿A qué se refieren cuando dicen caudal ecológico? Esa es la pregunta que se hace la gente de la Facultad de Ciencias, especialista en ecología y en todo lo que tiene que ver con esto. Ellos dicen que no existe información porque no se han generado datos sobre esos caudales ecológicos de los que habla este proyecto de ley y, asimismo, que ni siquiera hay acuerdos técnicos para establecer su porcentaje. Entonces, me pregunto a qué se refiere en este proyecto con caudal ecológico o ambiental, cuando los propios especialistas en la materia nos dicen que esa información no se ha generado como para que después podamos remitirnos a lo que indica.

Las experiencias existentes muestran que no se pueden otorgar permisos sin esta información, sin los estudios y las evaluaciones. ¿Por qué? Porque después vienen los problemas, los desastres ambientales, el problema del agua y el problema del agua para consumo humano, como el que ya existe lamentablemente en las cuencas del río Santa Lucía y de la laguna Merín.

Otra de nuestras objeciones es que este proyecto de ley no forma parte de la política nacional de aguas. El enfoque de una política de aguas no puede ser sectorial; tiene que ser integral en toda su dimensión. Cualquier acción o política de manejo de dicho recurso debe estar inscripta dentro de la Ley n.º 18610, que establece los principios rectores de la política nacional de aguas y, obviamente, también dentro de la Ley n.º 18308, de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible. Tampoco esta ley fue analizada integralmente en este Parlamento, ni por la Comisión de Medio Ambiente ni por la de Vivienda y Ordenamiento Territorial; solo fue estudiada en el Senado por la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca. ¡Esa es otra gran falencia que tiene! En lo personal, solicitamos dos veces a la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca –digo «en lo personal» porque somos miembros de la Comisión de Medio Ambiente y de la de Vivienda y Ordenamiento Territorial– que se nos tuviera en cuenta para analizarla en forma integral, en conjunto, para que no tuviera una visión sesgada, pero lamentablemente no obtuvimos una respuesta positiva.

Creo que ya es hora de que todos empecemos a entender de qué hablamos cuando nos referimos al recurso agua, que no solo es un bien de uso productivo y del capital. El agua es un bien público y de todos. En el año 2004 se laudó cualquier diferencia o doble interpretación de si el agua es un bien público o no, porque hubo un plebiscito en nuestro país y, por amplia mayoría, la población decidió otorgarle rango y protección constitucional a través de la reforma del artículo 47 de la Constitución.

En este proyecto de ley hay varias contradicciones con respecto a lo que establece el artículo 47 de la Constitución. Primero que nada, el agua es un bien público –en nuestra Constitución está fuertemente vinculado al medioambiente– y su manejo debe hacerse a partir del ordenamiento territorial. Y si el agua es un bien público y un recurso nacional, ¿cómo se entiende que se pueda aprobar este proyecto de ley? Entiendo que necesitamos elevar los índices de productividad y una ley de riego. ¡Sí, lo entiendo y me afilio a eso, pero no de esta manera, dando la administración de este recurso a privados, porque no sabemos adónde nos va a llevar, si a un monopolio que se apodere de nuestro principal recurso que es el agua!

Lamentablemente, esta ley genera un mercado lucrativo en torno al agua y es claramente violatoria del artículo 47 de la Constitución, que establece: «La protección del medio ambiente es de interés general. Las personas deberán abstenerse de cualquier acto que cause depredación, destrucción o contaminación graves al medio ambiente. La ley reglamentará esta disposición y podrá prever sanciones para los transgresores.

El agua es un recurso natural esencial para la vida. […] 1) La política nacional de aguas y saneamiento estará basada en: a) el ordenamiento del territorio, conservación y protección del Medio Ambiente y la restauración de la

naturaleza. b) la gestión sustentable, solidaria con las generaciones futuras, de los recursos hídricos y la preservación del ciclo hidrológico que constituyen asuntos de interés general. Los usuarios y la sociedad civil, participarán en todas las instancias de planificación, gestión y control de recursos hídricos;…». ¡En este proyecto de ley no hay nada de eso!

Continúo: «c) el establecimiento de prioridades para el uso del agua por regiones, cuencas o partes de ellas, siendo la primera prioridad el abastecimiento de agua potable a poblaciones.

d) el principio por el cual la prestación del servicio de agua potable y saneamiento, deberá hacerse anteponiendo las razones de orden social a las de orden económico.

Toda autorización, concesión o permiso que de cualquier manera vulnere las disposiciones anteriores deberá ser dejada sin efecto».

Esto es lo que establece el artículo 47 de la Constitución de la república. Desde la reforma de 2004 el agua ha sido declarada como un bien público y, por lo tanto, no se puede privatizar, no se puede vender.

En 2009, se aprobó la Ley de Política Nacional de Aguas. Se avanzó; mejor dicho, se creía que se avanzaba, pero lamentablemente no ha sido así porque hoy, trece años después de que fuera aprobada la reforma constitucional, impulsada por la propia ciudadanía, se está violentando esa decisión soberana. Creo que esto es lo que está pasando al aprobar este proyecto de ley.

Hoy hablo en estos términos porque como integrante de las Comisiones de Medio Ambiente y de Vivienda y Ordenamiento Territorial solicité que se trabajara en conjunto con la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca, pero mi propuesta no fue admitida. Asimismo, esperábamos –como ayer y hoy– la oportunidad de que fuera tratada en este recinto. Lamentablemente, cuando ingresó en esta cámara, bastante rápido y sin previo aviso –por lo menos para mí–, no pude concurrir debido a que estaba con licencia.

Señora presidenta: muchas gracias por cederme el uso de la palabra porque quería dejar sentada mi posición y mi pesar ante la aprobación de este proyecto de ley. Además, que se haya aprobado a espaldas de quienes están diciendo desde la academia, desde las organizaciones sociales y desde otras tiendas políticas que esta iniciativa es inconstitucional, no va en pos del bien común ni protege el agua.

SEÑOR BORDABERRY.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR BORDABERRY.- Señora presidenta: iba a señalar otros aspectos de este proyecto de ley, pero como voy a votarlo afirmativamente, voy a defenderlo. He sido bastante celoso y, muchas veces, no he votado otras leyes por considerar que eran inconstitucionales. Sin embargo, pienso que este proyecto es constitucional.

Mientras hacía su exposición la señora senadora Aviaga –con quien coincido la mayoría de las veces y lamento discrepar en esta instancia– leía el artículo 47 de la Constitución de la república, pensando que quizás podría estar equivocado, pero este artículo establece: «El servicio público de saneamiento y el servicio público de abastecimiento de agua para el consumo humano serán prestados exclusiva y directamente por personas jurídicas estatales». Esta es la única parte que no se puede privatizar de acuerdo con la Constitución. Quiere decir, entonces, que, si se enviara un proyecto de ley que dispusiera que el servicio público de abastecimiento de agua para el consumo humano fuera prestado exclusiva y directamente por privados, votaría en contra porque violaría el artículo 47. Esto sucedió en el departamento de Maldonado con Aguas de la Costa, que luego de la reforma pasó a la órbita pública para cumplir con esta disposición. Por lo tanto, se podrá estar de acuerdo o no con este proyecto de ley –obviamente, cada senador tendrá su opinión–, pero a mi juicio no es inconstitucional. Esto parece ser claro de la propia lectura del artículo 47 de la Constitución.

Por otra parte, entiendo que esta norma va unos pasos más adelante –diría que tímidamente– de las disposiciones vigentes. Alcanza con recorrer el país para ver presas, tajamares, espejos de agua por todos lados; lo hacen los privados en sus predios para regar arroz cuando necesitan agua, por ejemplo. En definitiva, con este proyecto se avanza un poco en cuanto a promover este mecanismo y, al mismo tiempo, se regulan las sociedades agrarias de riego, lo que me parece muy conveniente. Hay un ejemplo de éxito de estos emprendimientos colectivos que es la represa de India Muerta administrada por Comisaco S. A., donde todos los propietarios de predios aguas abajo hacia la frontera claramente se benefician de una inversión que hizo el Estado junto con la intendencia. Con esta propuesta, ¿qué se está buscando? Dado que no hay dinero para hacer otra represa como India Muerta, se pretende facilitar los instrumentos legales para que se puedan unir inversores o productores. Es más, lejos de ser un obstáculo para el pequeño productor es un avance, porque el gran productor, que tiene 15.000, 20.000, 30.000, 40.000 o 50.000 hectáreas, se hace la represa porque tiene la plata, pero a los pequeños productores no les alcanza; en cambio, si constituyen una sociedad agraria de riego suman esfuerzos y pueden acceder al capital necesario.

Cuando leemos el artículo 47 vemos que hay algunas normas programáticas relacionadas con la política nacional de aguas y el saneamiento y nos preguntamos si se cumplen en este proyecto de ley. El artículo 4.º de la Ley de Política Nacional de Aguas, por supuesto, establece la

condición de que exista agua disponible en cantidad y calidad –lamentamos que eso se deje en manos del Poder Ejecutivo, pero va a tener que cumplir–, así como la aprobación de un plan de uso de suelos y de aguas. Obviamente, las concesiones no son nuevas, figuran en el Código de Aguas, a partir del artículo 170, si no me equivoco. Hoy en día es común que, en campaña, cuando alguien quiere hacer una presa en su predio, se recurra a la Dirección Nacional de Aguas y Saneamiento y es conocido por todos que, en caso de que se invada un predio vecino, se tiene que seguir un procedimiento. Me ha tocado participar en más de uno y sé que funciona bien; si no hubiera acuerdo, se dirime en la Justicia. Pero esta propuesta va más allá y, más que la pelea entre vecinos, lo que se pretende es que se pongan de acuerdo, que constituyan una sociedad de riego, de forma tal que todos quedan obligados a hacer la inversión.

No veo dónde está el problema; por el contrario, creo que es un buen avance. Digo que es un buen avance, porque, además, sé que siempre es mejor ponerse del lado de quien reclama.

Disculpe señora presidenta lo avanzado de la hora, pero voy a citar un ejemplo personal. Siendo ministro de Turismo se me ocurrió instrumentar una concesión para la instalación de un hotel ecológico en la isla de Lobos. Está ahí, al lado; tenemos la población más grande del mundo de lobos marinos y solamente hay una persona que puede acceder, que es un funcionario del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. En ese entonces estaban las construcciones de ILPE. Antes, a los lobos les pegaban con un palo en la nariz y los cuereaban vivos. Incluso, estaban los jaulones donde los metían y las construcciones vacías. Por eso, pensaba: ¡qué lindo para instalar un hotel ecológico! Por cierto, cobran USD 1500 o USD 2000 la noche. La idea era sumar un atractivo, como el ecoturismo, que está de moda en el mundo.

Pero miren qué lindo. Hicimos los estudios correspondientes y salieron los ambientalistas a decirnos que no se podía hacer este emprendimiento porque los lobos se iban a poner nerviosos e iban a tener estrés. ¡Estrés tenía yo porque los turistas no venían a Uruguay! Entonces les dije: «No me digan que no. Díganme cómo se puede hacer. ¿Cuándo se estresan los lobos? No se les podrá pagar un psicólogo cuando se estresan, pero díganme qué podemos hacer con los lobos». Me hablaron de la época de celo. Entonces, les propuse establecer un área donde no se pudiera llegar. Pues bien, pasé el primer examen. Pero el siguiente no, porque consideraron que la gente igual se acercaría. Propuse hacer barandas de madera y comprar largavistas para que pudieran verlos. Pues no, porque los lobos marinos igual se estresarían. En definitiva, no se pudo hacer.

Ahora hay sobrepoblación, hacinamiento. Me decían que antes se cazaban, que los lobos se acercaban a la costa de Maldonado y de Punta del Este y los depredadores locales mantenían el equilibrio, pero ahora hay edificios. Les dije: «¿Qué hay que hacer entonces para volver al equilibrio ecológico?». Me respondieron que tendríamos que lograr que no haya edificios. ¡Muy bien! Vamos a dinamitar Punta del Este así los lobos viven bien y nosotros mal.

Pienso que todas estas propuestas requieren un equilibrio entre el desarrollo sustentable y sostenible y el cuidado del medioambiente y los bienes.

Me parece que tanto el Código de Aguas como la propia ley vigente son normas muy sabias. Han sido aplicadas sin problemas. No he escuchado la existencia de problemas. Con esta iniciativa, lo que se busca es profundizar la inversión en ese rumbo.

Para que el Frente Amplio no sienta que lo defiendo –aunque voy a votar el proyecto de ley–, quiero señalar un error que debería ser corregido. Si bien se corrigieron varios artículos –cuando se votó esta ley en el Senado propusimos algunos cambios y nos dijeron que se harían en la Cámara de Representantes y así sucedió con el artículo 3.º y otros más– llama la atención el artículo 10, que modifica el artículo 22, pues entendemos que generará problemas, señora presidenta. Voy a explicar gráficamente. Por ejemplo, en el caso de que se junten seis o siete productores o inversores para hacer una represa, para lo que se van a afectar parcelas y a hacer obras, ¿qué es lo que establece la ley? Que cada uno tiene que pagar por la construcción y después por el uso. Hasta ahí vamos bien.

¿Qué sucede? Como luego tendrán que pagar por el uso, la ley dispone que esas parcelas «quedarán gravadas». ¡Está bien! Imaginemos que es como en los edificios de propiedad horizontal: habrá gastos comunes, es decir, primera hipoteca en garantía de gastos comunes. Estamos de acuerdo. Entonces, uno entiende que está bien, pero acá no dice «hipoteca», sino «gravadas con una obligación de pago». Eso es un error. Estoy seguro de que los señores senadores, que, al igual que quien habla, cursaron en la Facultad de Derecho la materia Obligaciones, derecho civil II, saben que quien puede cumplir una obligación es una persona no un inmueble. La obligación de pago siempre la encabeza una persona. El inmueble queda en garantía de esa obligación o, si es un bien mueble, la prenda es la garantía de la obligación. No podemos decir que una vaca o un caballo estarán obligados a pagar; no podemos decir que una casa está obligada a pagar; porque no pueden guardar la plata en el bolsillo y pagar. Quien paga es el que debe y tiene un bien como garantía. Por eso se dice que las garantías son subsidiarias siempre de una obligación principal, que es la obligación de pago.

Sin embargo, en este artículo –lo señalamos oportunamente y nos respondieron que lo corregirían– se expresa que, en realidad, «quedan gravadas con una obligación de pago para cubrir el costo fijo que se pactará de común acuerdo». O sea que estamos diciendo que son los predios los que pagarán. Quiero ver al abogado cuando haga la de-

manda y diga: «Vengo a demandar al inmueble tal y tal». Quisiera saber cómo se defenderá el inmueble tal y tal.

Por tanto, en ese sentido, esta norma contiene un error conceptual jurídico enorme, muy grande.

Por otra parte, aunque se dijera que en realidad es el predio, pero se notifica al propietario para ver si paga, en el caso de las hipotecas y las prendas, según se establece en la ley, la deuda es título ejecutivo y se ejecutan por un proceso especial dispuesto en el Código General del Proceso que es sumario. Cuando alguien no paga los gastos comunes de su apartamento, viene la cuenta del administrador, el título ejecutivo, lo intiman dos veces, y si no paga, le ejecutan la hipoteca.

¿Qué pasará en este caso? Acá no es título ejecutivo. Por lo tanto, cuando uno de estos socios que construyeron no pague, hay que hacerle un juicio ordinario. El promedio de duración de los juicios ordinarios en el Uruguay ¿es de cuatro o cinco años, señor senador Mieres?

SEÑOR MIERES.- Sí, señor senador.

SEÑOR BORDABERRY.- A veces también demora seis años y un buen abogado lo puede alargar un poquito más.

Entonces, ¿qué estamos haciendo? Generando un lío en algo que queremos que sea bueno. Esa es la lástima de que no hubieran cambiado esto. Porque no solamente no está determinado que es título ejecutivo, sino que en definitiva lo remitimos al proceso ordinario y no al proceso monitorio previsto en el Código General del Proceso. Además, repito, de que está obligado un inmueble cuando en realidad debería ser la persona.

Si Gamarra o cualquiera de los profesores de derecho civil vieran esto, se enojarían con nosotros.

En definitiva, me parece que es un error no haber modificado ese artículo 22 y supongo que dentro de muy poco, cuando empiecen los problemas por la falta de pago, alguien vendrá al Parlamento a decirnos: «Modifíquenlo por favor que necesitamos tenerlo modificado».

Señora presidenta: vamos a votar este proyecto de ley, porque nos parece que damos un paso adelante, que no es inconstitucional. Con todo el respeto y aprecio personal que siento por la señora senadora Aviaga, entiendo que siempre es bueno discrepar, pues fortalece las relaciones. Eso es lo que hacemos en estos momentos.

SEÑORA AVIAGA.- Pido la palabra para contestar una alusión.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA AVIAGA.- Señora presidenta: es de recibo el planteo del señor senador Bordaberry, pero lo que pido es equilibrio. No estoy en contra de que haya riego en este país –pienso que es necesario–, pero es en el cómo y en las formas donde tenemos las diferencias.

Dicen que para muestra basta un botón. Pienso en el canal Andreoni. ¿Por qué no preguntamos en La Coronilla qué pasa y qué se ha suscitado en toda esa zona por una obra que quizás no tuvo la visión integral necesaria a la hora de implementarla en el territorio? ¡Lo que estamos pidiendo es equilibrio! Lo que pedimos desde que este proyecto de ley vino al Parlamento es que nos permitan analizarlo en forma integral y no solo en la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca, a cuyos integrantes respeto y aprecio mucho. Creo que el tema ameritaba –y sigue ameritando– una visión más amplia e integral y no solo desde el punto de vista productivo.

Ojalá que no sea así, pero, como no se han tomado las previsiones correspondientes, podemos llegar a tener conflictos por el uso del agua, y no solo por el dinero. Seguramente, cuando ellos se susciten vendremos con la gente al Senado, a golpear las puertas a quienes aprobaron el proyecto de ley de esta manera y no habilitaron un tratamiento en forma integral para poder contar con evaluaciones ambientales estratégicas que nos dieran más certezas, más seguridades.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Continuando con la lista de oradores, tiene la palabra el señor senador Lafluf.

SEÑOR LAFLUF.- Ya me ha quedado claro que lo único que se va a votar en el día de hoy con respecto a este proyecto de ley son las modificaciones aprobadas en la Cámara de Representantes. Lamentablemente, no pude participar en la discusión que se dio en la otra cámara en el día de ayer. De todas formas, aclaro que no voy a votar estas modificaciones porque tampoco habría votado el proyecto de ley, y no porque no entienda su significado desde el punto de vista productivo. Hace veinticinco años que estoy vinculado al sector agropecuario, principalmente cooperativo, y tengo muy claro que una hectárea de maíz da 5000 kilos y una hectárea de maíz regado da 11.000 o 12.000. Y 5000 kilos de maíz a USD 200 la tonelada son USD 1000 dólares por hectárea. ¡Lo tengo muy claro!

También tengo a la vista algo que decía Wilson Ferreira: «¡Busquen, busquen, busquen! En algún lado hay una ley que les permite hacer lo que ustedes quieren hacer».

Recién decía el señor senador Bordaberry que el Código de Aguas ha permitido hacer todo lo que se ha querido en lo que refiere al tema del riego; se ha podido hacer.

En lo que respecta a este proyecto de ley tengo una diferencia conceptual porque entiendo que apunta a la

productividad por hectárea, pero creo que el país necesita producción. Son aspectos complementarios, es cierto; el país hoy está mejorando la productividad con el riego que se ha podido hacer, pero está dejando de producir debido a los costos que tiene la producción. Por ejemplo, en Salto se dejó de producir soja porque una tonelada no soporta un flete de USD 42 al puerto de Nueva Palmira. No hemos podido desarrollar los puertos del litoral; en Fray Bentos estamos cerca, pero todavía no se han podido concretar. Esto no significa que el camionero haga una fortuna, sino que el flete tiene altos costos de combustible y demás.

En definitiva, el país tiene un problema de producción más que de productividad y este proyecto de ley apuesta a la productividad.

Por otro lado, no es tan grave el problema de la falta de inversión para hacer riego, pero esta iniciativa no ofrece un beneficio fiscal claro. De la misma forma en que damos beneficios fiscales para otras actividades, aquí hay que ofrecer un beneficio fiscal importante a quien haga un sistema de riego, pero este proyecto de ley lo da únicamente a los que tributan por IRAE; sin embargo, el 76 % de los productores agropecuarios de este país tributan Imeba. No me alcanza con que las sociedades agrícolas de riego tributen IRAE porque creo que esta iniciativa va a incentivar a quien vaya a hacer una inversión en riego como la hace en un supermercado. Ahí sí, habrá un beneficio fiscal, pero para el que tributa IRAE.

Por último, quiero decir –porque es un ejemplo que sufrí durante diez años– que en la colonia Tomás Berreta, de Río Negro –mi departamento–, tenemos 480 hectáreas bajo riego –el expresidente Mujica lo sabe– con un sistema de bombeo desde el río Uruguay. Sin embargo, hace diez años que no se puede utilizar ese sistema debido a los costos del bombeo, ya sea a través de la energía como del gasoil; no cierran los números.

Estas eran las apreciaciones y los aportes que quería hacer a esta discusión que, según entiendo, debería ser mucho más grande.

Muchas gracias, señora presidenta.

SEÑORA MOREIRA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA MOREIRA.- Junto con el señor senador Carámbula pedimos la postergación del tratamiento de este punto porque apenas se acaban de votar estas modificaciones en la Cámara de Representantes, aún no hemos tenido tiempo de estudiarlas y ya estamos aprobándolas como tercera cámara aquí, en el Senado.

Se trata de un tema de gran debate público, hoy comprimido, y he notado que las voces que se levantan en contra y a favor hablan de cosas distintas. Lo cierto es que se ha instalado un debate público en torno a este tema y el Frente Amplio no lo puede soslayar, sobre todo porque sus socios en este debate han sido los que en otra época permitieron aprobar la reforma del agua. Recordemos que esa reforma se aprobó por izquierda en el año 2004 y permitió que hoy este derecho esté incorporado en la Constitución. Creo que el Frente Amplio no debería ceder este campo de discusión, de debate, de disputa, sobre todo porque se señalan muchas externalidades negativas respecto de este proyecto de ley.

Hay un reciente informe de la Facultad de Ciencias –quizás es el que más nos impacta– proveniente del Laboratorio de Desarrollo Sustentable y Gestión Ambiental del Territorio, del Instituto de Ecología y Ciencias Ambientales, que estudió cerca de sesenta embalses y advierte sobre la eutrofización y las cianobacterias.

A mi entender, la opinión de la academia debería ser de rutina; no digo preceptiva porque la naturaleza del proyecto político no necesariamente vuelve preceptiva esta opinión, pero debería ser de rutina para todo lo que tenga que ver con las políticas públicas de este país y mucho más en lo que refiere a políticas públicas que hacen a recursos estratégicos, donde la izquierda ha dejado la ropa para defenderlos.

Asimismo, creo que nos deberíamos haber dado tiempo porque también se dice mucho disparate en un río revuelto. No quiero practicar ninguna demagogia ecológica, pero lo cierto es que con esto no se está privatizando el agua. Las sociedades agrarias de riego ya existían por la ley anterior y lo que se pretende con este proyecto de ley es modificarla. Simplemente se está ampliando el giro para que las sociedades de riego, que aparentemente no habían tenido demasiado interés en desarrollar grandes emprendimientos, cuenten con mayores atractivos para la inversión en el riego multipredial. Es decir que no significa que esto se privatice, pero si no hay un debate público importante y generalizado, se producen estas confusiones respecto de los objetivos últimos de este proyecto de ley.

Es un tema muy sensible. Acabamos de ver bastantes fotos de peces muertos en el río Negro como resultado de manejos relacionados con represas y embalses. Hay una gran discusión sobre el tema de la cuenca del río Santa Lucía, y el agua es nuestro petróleo blanco.

Entonces, si la ley es una política pública y toda buena ley dispara una política pública porque, si no, es letra muerta y si además la ley está justificada para los grandes –vamos a entendernos, no es para los pequeños; lo acaba de decir Lafluf–, no les va a resolver el problema a los pequeños productores. Es una ley para incrementar la productividad en los cultivos altamente demandantes de agua, como la soja. Creo que la productividad de los empresarios privados siempre debe tener como contraparte el derecho público, que debe primar si ambos intereses, el

de la productividad de los empresarios y el derecho de todos al agua, coliden. Aquí hay algo que señaló la senadora Aviaga, que tiene que ver con el caudal ambiental. A nadie se le podría privar del caudal de agua que tenía antes, pero ¿cómo lo mido? ¿Cómo mido el caudal ecológico? ¿Cómo financiamos los estudios de impacto ambiental? ¿No era que íbamos a condicionar este proyecto a que efectivamente el Plan Nacional de Aguas estuviera en marcha? ¿Y el canon del agua? Sé que no todos los que están en desacuerdo con este proyecto están de acuerdo con el canon del agua; nosotros sí.

Este es el problema que se presenta con las apuradas; es el problema de evitarnos un debate público mayor. Hoy se decía por parte de los miembros de mi partido: «Se ha debatido suficientemente». No; se ve que no. Además hay muchas críticas, algunas justas, otras quizás no, pero hay que revisarlas a todas concienzudamente.

Creo que el proyecto nos deja una incertidumbre: ¿cómo se van a instrumentar y a financiar los estudios ambientales? La sustentabilidad ambiental de la producción no es un tema de románticos del asfalto. No, la sustentabilidad ambiental de la producción es parte de los problemas de la producción; no es un problema ecológico de desnorteados o de medioambientalistas románticos, sino que es parte de los problemas del desarrollo productivo del país.

También voy a decir algo sobre los productores rurales. Tratamos de volver mercantilmente más atractiva la inversión con incentivos adicionales especiales porque no hay mucha cooperación entre los productores rurales para llevar a cabo grandes emprendimientos. Este proyecto crea más incentivos que los que tenía la ley de riego anterior porque, si no, parece que los empresarios no cooperan. Y el Estado no tiene por qué financiar el riego de los privados, por supuesto. Hay un dilema de acción colectiva y de cooperación entre los empresarios y esta ley vendría a mejorar esa situación ampliando el giro y permitiendo la participación extranjera. En ese sentido, quiero reconocer especialmente el trabajo que hizo el señor senador De León con relación al proyecto para limitar la participación extranjera y que no fuera mayoritaria en el paquete accionario de quienes realizan la inversión. Esta ha sido una pelea que hemos dado dentro del Frente Amplio y que, además, vino en sucesivas correcciones de la redacción.

Finalmente, hicimos el plebiscito del agua en el año 2004, una gran cosa que hizo el Uruguay en un planeta donde el agua esta hiperprivatizada. También es cierto que al Frente Amplio le competen grandes méritos en el reforzamiento de la Dinama, de la Dinagua, en la creación del Plan Nacional de Aguas y en el establecimiento del canon del agua. No voy a dejar de reconocer que la importancia que el tema del medioambiente está teniendo en las mentes y en los corazones de las nuevas generaciones –por suerte– es acompañada por un proyecto y una voluntad política consistentes por parte del Poder Ejecutivo y de la burocracia estatal, que siempre es débil. Frente a los intereses de los grandes empresarios, la burocracia encargada de los controles ambientales siempre es débil. Esto hay que saberlo. Son poderes muy distintos; siempre hay mucho más poder en los intereses corporativos del gran capital, que en el interés ciudadano difuso de quienes quieren cuidar el agua. Por eso, nosotros tenemos que velar más por el interés ciudadano difuso de quienes quieren controlar un recurso estratégico.

Nosotros hemos perdido esta discusión en el día de hoy; me refiero ahora solo a la discusión sobre la postergación de la votación final del proyecto de ley. Creo, y me animo a decirlo también en nombre del señor senador Carámbula, que este proyecto de ley que va a ser aprobado debe ir acompañado de un seguimiento de las consecuencias que dispare su votación y de las inversiones que se realicen como resultado de su aprobación. Estimo que nosotros debemos tener un control parlamentario ampliado que vincule a las organizaciones de la sociedad civil, a la academia y al movimiento sindical que hoy están pidiendo participar en esta discusión que estamos cerrando en estos momentos. Considero que hay que armar un grupo de trabajo que evalúe paso a paso las consecuencias de la puesta en marcha de esta política pública y, al mismo tiempo, reclamar una vez más la implementación del canon y del Plan Nacional de Aguas porque serían los contralores mínimos a las incertidumbres que este proyecto genera desde el punto de vista de los controles medioambientales, de las indefiniciones respecto del caudal ecológico y respecto de otros conceptos que son caros en esta perspectiva.

Estimo que el Frente Amplio no le tiene que dar la izquierda a nadie en este proceso y en el marco de una consulta superampliada con la sociedad civil, la academia, el movimiento sindical y los productores; debe abocarse, por lo menos, a un seguimiento de lo que hoy, a mi juicio, apresuradamente, estamos votando.

Muchas gracias.

SEÑOR SILVEIRA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR DELGADO.- ¿Me permite una interrupción, señor senador?

SEÑOR SILVEIRA.- Señora presidenta: si no tiene inconveniente, quiero conceder una interrupción al señor senador Delgado y después desarrollaré la idea.

SEÑORA PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor senador Delgado.

SEÑOR DELGADO.- Señora presidenta: hace un tiempo se discutió el fondo de esta ley y se votó por unanimidad en el Senado, previo trabajo de la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca, que durante casi un año y medio re-

cibió a más de veinte delegaciones de todos los perfiles, a los organismos correspondientes, a los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca y de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente –particularmente, la Dirección Nacional de Medio Ambiente–, a las cátedras de Derecho Agrario y a diferentes constitucionalistas. Entre la ley actual –hay una ley de riego vigente–, el proyecto del Poder Ejecutivo y lo que salió del Senado hubo una modificación muy importante. Creo que algunos temas son innovadores ya que se habla hasta de la generación de energía, pero sobre todo se generan, a mi juicio, las condiciones jurídicas –puede ser discutible– para desarrollar el riego en el Uruguay, sobre todo en lo más importante que es la agricultura de secano.

No se trata del proyecto tal o cual, sino del proyecto aprobado en forma unánime por la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca y que hizo suyo el Senado de la república.

Yo era de la teoría de que este proyecto quedaba corto porque, en realidad, le falta la otra pata. No hay que dar solo las condiciones jurídicas, sino que también tenemos que considerar la promoción y los incentivos para desarrollar el riego, algo de lo que se han venido a quejar todos: los que hoy riegan y los que quieren regar. Me refiero, por ejemplo, al costo del combustible y de la energía eléctrica. Inclusive, con el señor senador Besozzi –el resto de los integrantes de la comisión acompañaron el pedido– solicitamos convocar a la UTE con el fin de ver si se podían buscar mecanismos para establecer tarifas eléctricas que disminuyeran el costo abismal de aquellos que quieren utilizar el sistema de riego en base a energía eléctrica, quienes están condicionados, en gran medida, por los costos fijos a lo largo de todo el año, cuando en realidad se riega cuando se necesita y poco tiempo en el año. Además, uno no riega cuando lo permite la tarifa más barata sino cuando tiene que regar. Entonces, me parece que si queremos estimular alguna actividad, muchas veces debemos adaptar las estructuras comerciales de los organismos públicos –en este caso del Estado– y monopólicos, como la UTE, a las necesidades productivas. Soy de los que creen que el riego hay que estimularlo en el Uruguay. Es más, propusimos algunos mecanismos adicionales –otros ya están previstos en la ley de inversiones– para quienes generen inversiones en riego, como la posibilidad de que puedan deducir una vez y media el impuesto a la renta. Varios de quienes concurrieron a la comisión –o casi todos– reclamaron, además de un marco jurídico más innovador y más jugado que pueda permitir el desarrollo del riego, incentivos económicos para desarrollarlo. De lo contrario, corremos el riesgo –asumo que eso es así– de que esto quede en un lindo proyecto de ley que después tenga dificultades de implementación debido al costo. El riego genera un costo muy importante y, obviamente, si damos las condiciones y a ese costo importante le asociamos una producción importante, quizás terminemos repagando más que con creces algún tipo de sacrificio en cuanto a la recaudación, en función de los estímulos que podamos tener.

Como decía la señora senadora Moreira, hay que evaluar este tema; sin dudas, hay que hacerlo. Todas las leyes, pero sobre todo aquellas que innovan, deben pasar por un período de monitoreo y luego se verá si funcionan o no, y de qué manera.

Soy muy respetuoso de las sensibilidades. Y en este aspecto, aventando el tema constitucional –como bien decía el señor senador Bordaberry–, hay una cantidad de sensibilidades y de prevenciones que respeto y valoro. Es más, quiero quebrar una lanza por la señora senadora Aviaga, que planteó este tema en la bancada y además había planteado la posibilidad de que se integraran dos comisiones, lo que no pudo darse, a pesar de que una delegación del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente vino a la Comisión de Ganadería, Agricultura y Pesca. En la reunión de bancada la señora senadora formuló sus objeciones respecto a este tema, que van más allá de la constitucionalidad, pues tienen que ver con lo conceptual.

Quiero destacar que, más allá de que en su momento el Partido Nacional acompañara en el Senado el proyecto de ley y ahora estas modificaciones –no estamos discutiendo la ley sino decidiendo si aceptamos o no las modificaciones que introdujo la Cámara de Representantes que, aunque sean cosméticas y referencias legales, creo que en realidad representan una mejora–, nos pareció importante que la señora senadora Aviaga pudiera dejar constancia de su posición con respecto a este proyecto de ley en este ámbito, por más que no se estuviera discutiendo sobre el fondo de la cuestión.

SEÑORA PRESIDENTE.- Puede continuar el señor senador Silveira.

SEÑOR SILVEIRA.- Señora presidenta: seré breve, dado que lo avanzado de la hora así lo exige.

Quiero hacer una consideración inicial con respecto al fondo del asunto. Estamos hablando de agua, de negociarla o no. El otro día conversábamos con el señor senador Mujica, quien hacía un razonamiento que me pareció muy interesante y hoy le dije que lo he repetido varias veces. En realidad, lo que hay hoy –discúlpeseme la simpleza del razonamiento, pero creo que es esclarecedor– ya está bajo control, por decirlo de alguna manera, pues está legislado y los negocios de agua –que los hay, porque no hay ningún riego que sea gratuito, sobre todo los que se dan a terceros, pues el agua se vende– están funcionando. Nosotros estamos aquí discutiendo sobre un elemento que todavía no tenemos. El agua sobre la que estamos discutiendo ahora si hay que negociar o no, o si es privada o no, todavía no existe. Este proyecto de ley pretende que se pueda represar, depositar y reservar esa agua en algún lado para después utilizarla. Como decía el señor senador Mujica, es el agua que cae del cielo y va hacia el mar. En el medio, nosotros queremos poner algo que haga que esa agua, que es un elemento de extraordinaria valía e importancia para

la vida, sea retenida. Luego entramos a hablar de estos otros temas, como lo es la forma de distribuirla.

Tuve la suerte de estar en este recinto cuando se votó la ley, que acompañé con mucha convicción, básicamente desde ese punto de vista, pensando en que ese es el elemento inicial y en crear un instrumento para fomentar y mejorar las condiciones para que haya disponibilidad de agua. La propia discusión respecto a la forma de distribuir y de llevar el agua por los cauces –creo que es algo muy interesante– nos lleva a pensar en algo también muy importante, y es que al agua podemos reservarla en las zonas altas, más áridas y más difíciles de laborar, y usarla en las partes más bajas, que es donde están las tierras más fértiles. Esta idea básica, esta centralidad, genera todo lo demás de lo que estamos hablando. Como dijo la senadora Moreira, estamos reformando una norma que, más allá de su importancia, no es más que una ley común.

La señora senadora Aviaga hizo una serie de consideraciones que me parecen muy importantes. La principal contra que tiene eso es que no se hizo antes y que no existieron estudios ambientales; pero vamos a poner en marcha un instrumento.

Por lo tanto, esta norma en todas sus etapas está regida por una legislación y sometida al contralor y a la disposición de los organismos que corresponde, por lo que una nueva ley que avance en los temas a que hacía referencia la señora senadora Aviaga no sería lo más aconsejable o correcto, pero, bueno, ya tenemos esta ley aprobada con esa cantidad de defectos que ella le encuentra.

En alguna medida y en función de lo que decía el señor senador Bordaberry, me gustaría que todas esas organizaciones y los señores senadores que están en esa línea se pusieran a generar rápidamente normas que puedan mitigar todos estos efectos negativos. No vamos a tener mañana una enormidad de sociedades de riego ni va a haber una eclosión. Se ha dicho, incluso, que hay otros elementos que son muy importantes que deben superarse para que esto pueda dar todo su potencial.

Entonces, que se empiece a trabajar en esas áreas en las que quedaron esas lagunas que algunos encuentran. En lo personal, quiero rescatar que la interrupción que solicité al señor senador De León cuando se discutió la ley en este recinto iba, precisamente, en el sentido de lo que acá se ha estado manifestando, pues decía que tenemos ley, tenemos riego, y preguntaba ¿qué agua tenemos? En realidad, el tema del agua y todos los asuntos ambientales que se han manejado acá no surgen con la ley de riego, ni tampoco lo que tiene que ver con el río Santa Lucía; es un deterioro ambiental que se viene produciendo desde hace tiempo. Habrá que profundizar la tarea, pero el tema de qué agua tenemos para regar es algo que no pasa por la ley de riego, sino que es un asunto nacional que tenemos que manejar de alguna manera.

Hace unos cuantos años estuve en un congreso mundial sobre el agua, donde una delegación norteamericana hizo una presentación sobre la purificación del agua para su uso en la ciudad de Nueva York. Ellos decían que la mitad del proceso de purificación se hacía en la cuenca, controlando las condiciones de las cuencas altas del río Hudson y otros que alimentan de agua a la ciudad de Nueva York.

Estas cuestiones de mitigación, de cuidado y de control ambiental son las que deben hacerse, con o sin ley de riego. Y quien las tiene presentes como un elemento de primera magnitud en todo este tema debe trabajar y generar las condiciones para que las cosas cambien.

Uruguay está en un planeta que progresivamente se está quedando sin agua. A este respecto hablábamos del grave problema que viven países como España, que tienen que tender miles y miles de kilómetros de cañitos negros para poder regar sus plantas; probablemente ese problema sea mucho más grande que el que podamos tener nosotros con las cianobacterias. Es seguro que por lo menos en la zona de Extremadura no van a tener problemas con las cianobacterias porque no tienen agua; tampoco van a tener producción ni plantas.

Respetando y reconociendo todos esos problemas que surgen a raíz de esta cuestión, me quedo con la centralidad del asunto: que empecemos a trabajar en el sentido medioambiental –sobre la base de quienes han visto que aquí hay un problema– y productivo, de un país que tiene agua depositada. En función de eso luego habrá que ver qué es lo que conviene más, cómo distribuir mejor el agua y cuánto y qué más se puede producir con esa disponibilidad de agua.

Muchas gracias.

SEÑOR DA SILVA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR DA SILVA.- Siempre se da la casualidad de que cuando ingreso a este Cuerpo hay temas que son de nuestro conocimiento, y mi obligación es tratar de dar mi opinión, sin complejos.

Voy a votar a favor de este proyecto de ley, no sin entender que es una iniciativa para el bronce del ministro Aguerre, que quiere pasar a la historia como el propulsor de una norma que, en realidad, modifica algo de lo que ya existe. Este es un país que ya tiene varios centenares de represas, tajamares y azudes. El Gobierno del Partido Nacional quizás hizo lo que no hizo esta iniciativa, que es dar financiamiento a la generación de riego con lo que se llamó los planes Prenader, que vaya si fueron importantes en las cuencas del norte y del noreste. Luego, los sucesivos Gobiernos también lo hicieron. Eso es promover el riego,

es dar plata para generar riego, porque esta no es una ley de agua, sino de riego. El agua *per se* no contamina nada; lo que contamina es el uso que se le da mediante el riego.

Como se cree que a los diecisiete millones de hectáreas que tiene el Uruguay la única forma de ponerle un segundo piso es incrementando la productividad, nosotros estamos a favor porque, como bien decía el señor senador Lafluf, conocemos la incidencia que tiene sobre todo en los cultivos de secano, como también en algunas cuencas en las que Uruguay puede tener enormes posibilidades –como el litoral este– para el desarrollo de olivares o de nueces pecán, un tipo de cultivos que, por necesidad de los árboles, hay que regar.

Dije «sin complejos» porque acá se habló del peligro de la inversión extranjera sin recordar que estos últimos años, gracias a la mirada pasiva del Frente Amplio, se dio el período de mayor extranjerización y acumulación de la tierra. He escuchado a gente que se rasga las vestiduras diciendo que está contenta porque los extranjeros de tal o cual forma no pueden apropiarse de las sociedades de agua que se están generando acá, cuando los extranjeros en este país, en la era frenteamplista, compraron el 40 % del territorio nacional. Les guste o no les guste, es así. Esto era visible, a diestra y siniestra. Aquello de «la tierra para todos o para nadie», no corrió, y lo digo porque entiendo bastante del tema.

¿Dónde está el problema de la contaminación?, algo de lo que acá no se ha hablado. Obviamente, coincido con mucho de lo que se ha dicho en cuanto a que esta ley no modifica nada. Repito: esta es una ley para el bronce del ministro Aguerre; una vez que se apruebe la ley, se toma el buque. Volviendo a la pregunta, el productor puede verse tentado a empezar con esa sobrecontaminación usando mayor cantidad de nitrógeno de lo debido; de esa manera provoca esa contaminación y pérdida de suelo, que es lo que hace que el riego, y no el agua, sea lo peligroso.

En Estados Unidos, donde los maíces dan entre 12.000 y 13.000 kilos, se usa tres veces más cantidad de urea que en Uruguay, pero previamente a la siembra tienen que mover la tierra porque el suelo está liquidado. Nosotros, que usamos siembra directa, no hacemos eso porque tenemos otro tipo de sistema. Entonces, la represa, más el sobreúso de nitrógeno –por las bases nitrogenadas– puede generar ese efecto que es, principalmente, quemar el perfil A del suelo, licuarlo, que es un peligro evidente. Eso también pasa con el arroz; los arroceros son esclavos del uso de la urea, de los fertilizantes. ¿Por qué? Porque están desbordados de gastos, porque tienen que pagar el gasoil más caro del planeta Tierra. Por tanto, tienen que hacer uso del fertilizante para tratar de llegar a un punto de equilibrio que de otra forma no alcanzan: se funden y se van a Paraguay a plantar arroz, como ya está pasando.

A su vez, la mirada pasiva del ministro Aguerre no ha incidido en el Consejo de Ministros. Y bien sabe el ministro, porque es arrocero, lo que les está pasando a sus excolegas. Reitero: el ministro no ha incidido y el resultado es la situación que tenemos actualmente. En los tambos también ocurre lo mismo. Acá vino una empresa de inversión neozelandesa que tenía una obsesión con el agua. En Nueva Zelanda tienen una obsesión por el agua que en el Uruguay no existe. Ellos cometieron dos errores: quisieron ordeñar vacas en los bañados de Rocha –las mastitis de las ubres eran, digamos, tamaño baño– e hicieron una sobreinversión en pívots de riego que, en definitiva, gracias a nuestro régimen hídrico, no se les justificó nunca, por lo que terminaron vendiéndosela a una empresa de Surinam: Olam Sociedad Anónima. Entonces, el tambo bien desarrollado también puede llegar a ser beneficiado por este tipo de ley. Hablo de las represas multiprediales que pueden desarrollarse en alguna cuenca tambera.

Por consiguiente, a nuestro entender, la ley es buena. Todo lo que signifique aumentar la productividad del sector agropecuario va a contar con nuestro apoyo y con nuestro voto.

Tenemos que decir bien clarito que esta ley no modifica nada, y se va a promulgar en el momento de menor inversión del sector agropecuario en los últimos veinte años. En el campo no hay plata; hay papeles, salvo una sola inversión –¡vaya la paradoja!– que se está haciendo con plata del Estado, justamente, en riego. Un fideicomiso de República AFAP es el único que está adquiriendo tierras para regar maíz y va a tratar de utilizar esta ley de forma tal de optimizar su inversión. Aclaro que no lo estoy asociando, porque no tiene nada que ver, pues es un fideicomiso previo. Sin embargo, dada la situación caótica que sufre el productor agropecuario uruguayo desde el punto de vista financiero, quizás en todo el territorio nacional el único beneficiado va a ser un fideicomiso de la AFAP estatal, que está invirtiendo en comprar tierras regadas para plantar maíz. ¡Vaya casualidad!

Coincido en lo que tiene que ver con el seguimiento ambiental, pero el mejor seguimiento ambiental sería contar con una estructura de costos que permitiera al productor agropecuario evitar el uso de fertilizantes para tener que matar el punto de equilibrio en su producción. Esto es tan de Perogrullo, tan obvio y evidente, que debería ahorrarnos una enorme cantidad de discusiones. El productor agrícola uruguayo fue un ejemplo en la composición de costos; aprendió a ser un sobreviviente y a aprovechar hasta el último pedacito del potrero, pero hoy, si no usa fertilizante, se funde. ¿Por qué? Porque tiene un ancla, un socio, un yunque en el lomo que se llama Estado frenteamplista, que ha hecho que los costos del sector agropecuario sean los más altos de la historia desde su independencia.

Muchas gracias.

SEÑOR MUJICA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MUJICA.- Señora presidenta: es imposible convencer a quien no se quiere convencer. Cuando se parte *a priori* de una manera de analizar la realidad, se la va a ver de determinada manera.

En definitiva este proyecto intenta arrimar alguna herramienta para que se utilice un poco más esa inmensa cantidad de agua que se va al mar y que, por lo tanto, no está disponible. Y hay que hacer algunas obras para retener algo.

El grueso del agua dulce de este país lo consume el «señor arroz», por lejos, y sería bueno tener una idea. Estamos muy lejos de ser un país que utilice el agua dulce de la forma más óptima, y estoy seguro de que tampoco puede arreglarlo por sí solo. Estoy de acuerdo con que se necesitan políticas fiscales que ayuden y creo en la evolución tecnológica. Dentro de poco no se va a utilizar más un largo tendido de cables; ya empiezan a pulular las bombas con energía solar, y seguramente en pocos años van a ser algo cotidiano.

Comparto la preocupación ambiental, que tiene dos patas. Todo lo que hace el hombre termina agrediendo en parte al medioambiente. Para respetar bien el medioambiente y sus equilibrios habría que sacar al principal depredador. Es imposible la vida demandante de las sociedades modernas, con hiperconsumo, sin darse cuenta de que hay una tendencia a afectar y que la lucha es por mitigar y conservar. Aun el agua dulce de riego escorrentía y contamina por sí sola, porque, en definitiva, alcanza con arrastrarse para llevar sales y en el proceso de los años termina cambiando la salinidad de un territorio. Hasta para regar hay que tener prudencia y respetar los ciclos vitales; pero eso supone el desarrollo de un agricultor y un trabajador cada vez más adelantado.

Me quiero detener en un aspecto. Es cierto que los costos suben y voy a descontar responsabilidades políticas del Gobierno de ahora. Inevitablemente, por la evolución tecnológica, en el mundo entero tienden a subir los costos porque, en la medida en que aumenta la productividad, hay una inversión tecnológica cada vez mayor. No es lo mismo el kilo de maíz híbrido para sembrar que se utiliza hoy, que puede dar 10.000 o 12.000 kilos por hectárea, que el que plantaba mi abuelo, que elegía los choclos más grandes y los dejaba colgados. En 2007 se sembraron 250.000 hectáreas de maíz a buey –y, si no, ¡vayan a ver las cifras!–, pero aquellos maíces solo daban 700 u 800 kilos cuando venía bien; hoy, con las 140.000 o 150.000 hectáreas que regularmente se suelen sembrar, ya se cubre el mercado interno, y seguramente con maíz regado alcanzará con 40.000 hectáreas.

Entonces, por un lado tenemos el medioambiente pero, por el otro, tenemos una forma de conservarlo. Hay cosas contradictorias: se quiere sembrar menos tierras, erosionar menos y aumentar la productividad. ¡No es sencillo el problema!

Por otra parte, los costos de iniciación tienden a subir en todo por este mismo aspecto. La producción de una semilla híbrida calificada da una promesa de alta productividad si se cumple todo lo demás, pero si falta la humedad en el momento concreto, la inversión que se hizo es inútil. Por eso, una agricultura adelantada seguro va a necesitar, inapelablemente, la posibilidad de regar. ¿Tendrá contradicciones y limitaciones? ¿Los legisladores del futuro tendrán que mejorarlo? Sí, estoy de acuerdo, pero esto es como los herbicidas: la rueda de la historia no va para atrás; no puede ir para atrás, porque de lo contrario habría un colapso desde el punto de vista del precio de los alimentos. Hay que pensar que la productividad también está ligada al precio de la comida de la gente.

Yo estuve en la otra discusión de esta ley; era diputado y con el doctor Batlle soñábamos con que íbamos a dar un gran paso –como siempre, con la mejor intención–, pero nos quedamos cortos. Probablemente con esta ley suceda lo mismo, y tal vez se necesiten retoques y mejoras. No voy a hacer el panegírico de que esto es perfecto, de ninguna manera, pero es un tema en el que el país debe seguir trabajando.

Confío lo suficiente en los organismos de mi país, porque existen. ¡No somos tan primitivos! Hoy existe información suficiente como para calcular el caudal teórico promedio que tienen los principales cursos de agua, porque sabemos cuánto llueve en términos genéricos y podemos hacer cálculos aproximados. ¡No hay tanto misterio!

Quiero decir lo siguiente. Cuando se da el permiso para construir una represa, estas cosas se tienen en cuenta, ponderadamente, porque hay que respetar el curso de agua que debe sobrevenir. Por eso la autorización es para tantos metros cúbicos; no es una cosa en el aire. Desde luego que si viene un año muy llovedor o un año de gran sequía se puede generar una devastación, pero eso son cosas excepcionales. Creo que hay que tener un poco más de confianza en nuestra propia gente.

Por último, por la evolución de los costos, creo que hay necesidad de introducir elementos que contribuyan a establecer seguros ante la adversidad. Cualquiera ve una inundación y se persigna por un desastre que es evidente; pero la historia del país demuestra que, a la larga, los peores desastres son los grandes ciclos de sequía, porque es un tipo de violencia que no se ve y es como una morsa que va apretando lentamente, todos los días. Y lo que se pierde en una gran sequía a veces llega a ser irreparable.

¡Ni sueño con que algún día se pueda regar el campo ganadero!, pero un potrero de leguminosa o de alfalfa, aunque sea regado por colmataje, al estilo de la Edad Media, es una especie de seguro para mantener a los animales

vivos en un momento dramático. Y creo que tenemos que inducir todo lo posible a esto.

Se ha dicho que hemos tenido desperdicios, y se habló de India Muerta. Esa fue una inversión que hizo el país y que durante muchos años ni siquiera amortizaba los intereses, porque en su frontera principal había un ganadero al que no le interesaba regar y no disponía que su tierra se regara y, como ya sabemos, la propiedad privada es más importante que la propiedad social. También en Canelones tenemos lo que hizo don Tomás Berreta hace muchos años, que tampoco se pudo aprovechar. Y podría hablar de la historia de otra represa: yo me crié en un barrio donde el Frigorífico Nacional hizo una represa a la que nadie le sacó un balde de agua hasta el día de hoy. Pero, bueno, de ese tipo de inversiones disparatadas que no hemos aprovechado lo suficiente, hicimos muchas. Todo eso lo pongo en el capítulo de aprendizaje, y no soy menos de izquierda porque haya algunos blancos y colorados que me apoyen; ellos son mis compatriotas, con los que a veces tengo diferencias y me agarro a garrotazos, y en otros momentos tengo concordancias. En definitiva, los considero mis adversarios y no mis enemigos.

Sé que esta ley no es perfecta y que tendrán que venir generaciones posteriores a arreglar algunas normas, pero creo que se trata de un paso que vale la pena. También sé que hay gente que no se va a convencer nunca, pero me parece que es mejor que la realidad nos vaya mostrando cuáles son los hechos.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el proyecto de ley. Como los señores senadores saben, se trata de una única votación, ya que corresponde al Senado pronunciarse acerca de si acepta o rechaza las modificaciones introducidas en la Cámara de Representantes.

(Se vota).

–21 en 22. **Afirmativa.**

SEÑORA AVIAGA.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA AVIAGA.- Señora presidenta: simplemente quería dejar constancia de mi voto negativo a este proyecto de ley de riego. Lamentablemente, no hemos logrado cuórum para evitar su aprobación en el día de hoy. Seguramente nos encontraremos defendiendo los intereses de los vecinos en el territorio cuando estén en conflicto.

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señora presidenta: hemos acompañado este proyecto de ley, de la misma manera en que lo hemos hecho cuando se votó aquí en primera instancia.

Como no es muy frecuente, quiero dejar constancia de que compartimos totalmente las manifestaciones del señor senador Mujica sobre este proyecto de ley. Repito que eso no es frecuente, por lo que vale destacarlo cuando ocurre.

SEÑORA PRESIDENTE.- Ha quedado sancionado el proyecto de ley, que se comunicará al Poder Ejecutivo.

14) CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

SEÑORA PRESIDENTE.- Léase una moción llegada a la Mesa.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «Señora presidente:

Mocionamos para que se trate en forma grave y urgente y se distribuya en sala el proyecto de ley por el que se modifican artículos de la Ley n.º 17823, de 7 de setiembre de 2004, Código de la Niñez y la Adolescencia. (Carp. n.º 818/2017 - rep. n.º 529/17)». *(Firman las señoras senadoras Ayala y Tourné, y los señores senadores Bordaberry, Carrera y Delgado)*».

SEÑORA PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota).

–24 en 24. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se pasa a considerar el asunto cuya urgencia acaba de ser votada: «Proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes, por el que se modifican artículos de la Ley n.º 17823, de 7 de setiembre de 2004, Código de la Niñez y la Adolescencia. (Carp. n.º 818/2017 - rep. n.º 529/17)».

(Antecedentes).

Carp. n.º 818/2017 - rep. n.º 529/17

CÁMARA DE REPRESENTANTES

La Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, en sesión de hoy, ha sancionado el siguiente

Proyecto de Ley

Artículo 1º.- Sustitúyese el artículo 75 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 75.- En todos los casos en que se investigue la responsabilidad del adolescente, el procedimiento se ajustará a lo establecido por este Código y en forma subsidiaria, por lo dispuesto en el Código del Proceso Penal, Ley Nº 19.293, de 19 de diciembre de 2014 y sus modificativas, con excepción de lo establecido en los artículos 272 y 273 del Título II, Libro II del referido cuerpo normativo".

Artículo 2º.- Sustitúyese el artículo 76 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 76. (Procedimiento).-

A) Actuaciones previas al proceso.

Cometidos de la autoridad policial. Sin perjuicio de las garantías que establece el Código del Proceso Penal, cuando proceda la detención del adolescente conforme lo dispone el artículo 74 de este Código, la autoridad aprehensora, bajo su más seria responsabilidad, deberá:

1) Realizar la actuación de modo que menos perjudique a la persona y su reputación.

2) Poner el hecho de inmediato en conocimiento de la fiscalía competente o en un plazo máximo de dos horas después de practicada la detención.

3) Disponer la realización de un examen médico sobre el adolescente detenido a efectos de constatar su estado de salud físico.

Cuando el Ministerio Público tome conocimiento de que el adolescente se encuentra en la situación prevista en el artículo 117 de este Código, lo pondrá en conocimiento del tribunal competente.

En materia de responsabilidad penal de adolescentes, nunca podrá fundamentarse ni motivarse el mayor rigor de una medida cautelar o definitiva en las situaciones de pobreza, exclusión, marginalidad social o en la falta de contención familiar que sufriera el adolescente. Estos supuestos, por el contrario, motivarán a las fiscalías y a los tribunales competentes a una adecuada protección de derechos.

B) Norma especial.

En toda intervención del Ministerio Público en la etapa indagatoria preliminar, así como en todas las audiencias en las que participe como parte un adolescente, se procurará la presencia de padres o responsables.

La fiscalía y el tribunal actuantes deben informar al adolescente y a sus padres o responsables de los hechos que motivaron su detención, así como de los derechos que le asisten.

C) Diligencias probatorias necesarias.

Durante el proceso deberán diligenciarse necesariamente los siguientes medios probatorios: testimonio de la partida de nacimiento del adolescente o en su defecto de su cédula de identidad.

Culminada la audiencia de formalización, se efectuará un informe técnico, el cual deberá realizarse en un plazo máximo de quince días e incluirá una evaluación médica, psicológica, socioeconómica, familiar y educativa.

D) Medidas cautelares.

Se podrán aplicar las medidas cautelares previstas por el artículo 221 del Código del Proceso Penal, siempre que sean a solicitud del Ministerio Público y luego de oída la defensa, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 224 del Código del Proceso Penal.

La privación de libertad como medida cautelar procederá siempre en los procesos iniciados por la presunta comisión de las infracciones previstas en el artículo 116 bis de este Código hasta la sentencia definitiva.

En las infracciones gravísimas no previstas en el artículo 116 bis de este Código, la internación como medida cautelar no será preceptiva y cuando se dispusiera, no podrá superar los ciento cincuenta días.

En las infracciones graves la internación como medida cautelar no podrá superar los sesenta días.

E) Procedimiento.

1) (Acusación o sobreseimiento).- Desde la notificación del auto que admite la solicitud fiscal de formalización de la investigación, el Ministerio Público tendrá un plazo de treinta días, perentorios e improrrogables, para deducir acusación o solicitar el sobreseimiento.

2) (Traslado).- Deducida la acusación, se dará traslado a la defensa, quien tendrá un plazo de treinta días, perentorios e improrrogables, para contestar la acusación y ofrecer prueba. Si hubiera varios enjuiciados con diversos defensores, el plazo para evacuar el traslado será común a todos ellos.

3) (Audiencia de control).- Vencido el plazo que antecede o evacuado el traslado, en un plazo no superior a las cuarenta y ocho horas, el Juez

convocará a las partes y a la víctima, si hubiere comparecido a la audiencia de formalización, a una audiencia de control de acusación, la cual deberá celebrarse como máximo a los diez días.

4) (Juicio oral).- El auto de apertura a juicio oral dispondrá la fecha de realización de la audiencia de juicio la que deberá celebrarse dentro de los treinta días de notificado el auto referido.

5) (Sentencia).- Finalizada la audiencia de juicio el tribunal deberá dictar la sentencia. Excepcionalmente, cuando la complejidad del asunto lo amerite y por razones fundadas, podrá diferir su dictado por una única vez y hasta por quince días.

6) (Modificación o cese de medidas).- Dictada la sentencia de primera instancia, se tendrá presente el derecho que reconoce el artículo 94 de este Código. No se aplicará al adolescente el instituto de libertad anticipada.

7) (Comunicación).- El defensor tiene el deber, bajo su más seria responsabilidad, de comunicar al adolescente toda resolución judicial pronunciada en el proceso en el que sea parte, en términos sencillos y claros, evacuando todas las dudas que le plantee.

Bajo la más seria responsabilidad de Jueces y Fiscales, los procesos que se tramiten no podrán exceder los ciento cincuenta días. Ese plazo se contará desde el día siguiente a la celebración de la audiencia de formalización y hasta el dictado de la sentencia de primera instancia".

Artículo 3º.- Sustitúyese el artículo 79 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 79. (Medidas complementarias).- Todas las medidas que se adopten conforme a lo establecido por este Código, se podrán complementar con el apoyo de técnicos, tendrán una finalidad educativa, procurarán la asunción de responsabilidad del adolescente y buscarán fortalecer el respeto del mismo por

los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros como asimismo, el robustecimiento de los vínculos familiares y sociales.

Las medidas serán seleccionadas por el Juez, siguiendo los criterios de proporcionalidad e idoneidad para lograr tales objetivos".

Artículo 4º.- Sustitúyese el artículo 83 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 83. (Vías alternativas a la solución del conflicto).- En toda conclusión extraordinaria del proceso que signifique la aplicación de los institutos previstos por los artículos 382 a 401 del Código del Proceso Penal, se deberá valorar el sentido pedagógico y educativo de la vía propuesta".

Artículo 5º.- Sustitúyese el artículo 85 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 85. (Medidas a aplicar).- El Juez podrá aplicar, de las medidas enunciadas en los artículos precedentes, todas aquellas que entienda convenientes, siempre y cuando no se contrapongan entre sí. Para ello deberá tener siempre en cuenta el interés superior del adolescente, el principio de proporcionalidad y la idoneidad de las medidas, con la finalidad de propender al pleno desarrollo de su persona, así como sus capacidades, tendiendo a su integración familiar y social".

Artículo 6º.- Sustitúyese el artículo 94 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 94. (Procedimiento por modificación o cese de las medidas).- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 116 bis del presente Código, el adolescente tiene derecho a promover la sustitución, modificación o cese de la medida socioeducativa dispuesta por sentencia.

Deberá decretarse el cese, cuando se compruebe que la medida cumplió su finalidad.

Se decretará la sustitución o modificación, cuando la dispuesta ya no resulte idónea.

La defensa podrá plantear la sustitución, modificación o cese de la medida a partir del dictado y hasta el cumplimiento total de la sentencia.

El pedido se ajustará y sustanciará de acuerdo con lo establecido en los artículos 278 a 280 del Código del Proceso Penal. En todo caso, la audiencia se celebrará a los cinco días de evacuado el traslado o de vencido el plazo para hacerlo.

Si el adolescente se hallare en libertad al momento de ejecutoriada la sentencia que dispone medida de privación de libertad, se dispondrá su ingreso a la institución responsable de gestionar la misma, salvo que esté en trámite el incidente a que refiere este artículo.

La interposición del incidente suspenderá el ingreso al establecimiento hasta el dictado de la resolución de primera instancia que lo resuelve, la que será apelable sin efecto suspensivo".

Artículo 7º.- Sustitúyese el artículo 95 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 95. (Traslado de infractores).- La internación de los adolescentes fuera de la jurisdicción de su residencia habitual, se limitará al mínimo posible.

Cuando se disponga la medida socioeducativa privativa de libertad fuera de ese lugar, el tribunal declinará competencia ante la sede competente en razón del territorio, remitiendo el mismo día testimonio del expediente".

Artículo 8º.- Sustitúyese el artículo 96 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 96. (Reserva).- Queda prohibida la identificación de la persona del adolescente por cualquier medio de comunicación, sin perjuicio del derecho a informar los hechos.

Los funcionarios que faciliten información en contravención a lo dispuesto en el inciso anterior, serán pasibles de suspensión de diez a treinta días y en los casos de reiteración, de destitución".

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 97 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 97. (Reserva del proceso seguido contra adolescentes).- En todo caso, el proceso seguido contra un adolescente por la presunta comisión de una infracción a la ley penal, será de carácter reservado.

La violación de dicha reserva se considerará falta disciplinaria grave".

Artículo 10.- Sustitúyese el artículo 98 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 98. (Medios de comunicación).- Los medios de comunicación que infringieren lo dispuesto en el artículo 96 de este Código, incurrirán en multa entre 100 UR (cien unidades reajustables) y 2.000 UR (dos mil unidades reajustables). Estas se graduarán teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

A) La difusión y alcance que tuvo la noticia.

B) La reiteración, la que se configurará por la comisión de dos o más infracciones del mismo tipo dentro del término de cinco años.

C) La continuidad, entendiéndose por tal la violación repetida de la prohibición.

D) La reincidencia, la que se configurará por la comisión de una nueva infracción del mismo tipo antes de transcurridos cinco años de la aplicación por la Administración, por resolución firme, de la sanción correspondiente a la infracción anterior.

Dicha multa será aplicada por el Instituto de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay cuya resolución será pasible de los recursos administrativos correspondientes y se considerará título ejecutivo. Lo recaudado se destinará a financiar programas de rehabilitación a cargo de dicho organismo.

Serán competentes para la tramitación del juicio ejecutivo los tribunales de la materia civil.

A los efectos de este artículo, serán aplicables los artículos 91 y 92 del Código Tributario".

Artículo 11.- Sustitúyese el artículo 103 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 103. (Principio general).- En cualquier estado del proceso procederá la clausura del mismo, en los siguientes casos:

A) Cuando se comprobare que el adolescente no es partícipe autor, coautor o cómplice de los hechos imputados.

B) Cuando se comprobare que concurre alguna circunstancia eximente de pena.

C) Cuando prescribió la acción por el hecho imputado. El plazo de prescripción será de dos años para los delitos gravísimos y un año para los graves".

Artículo 12.- Sustitúyese el artículo 104 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 104. (Prescindencia de la acción penal).- En cualquier estado del proceso se podrá prescindir total o parcialmente de la persecución penal o limitarla a una o varias infracciones o limitarla a alguna de todas las personas que hayan participado del hecho, cuando:

A) Se trate de un hecho que, por su escasa gravedad o lo exiguo de la contribución del partícipe, haga innecesaria una medida definitiva.

B) El adolescente haya sufrido a consecuencia del hecho, un daño físico o moral grave".

Artículo 13.- Sustitúyese el artículo 109 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 109. (Contenido de las audiencias).- Las audiencias se documentarán con arreglo a lo establecido en el artículo 139 del Código del Proceso Penal".

Artículo 14.- Sustitúyese el artículo 110 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 110. (Acceso al expediente).- Las partes y los técnicos designados durante el trámite tendrán, en todo momento, libre acceso al expediente. A solicitud de las partes y en atención al interés superior del adolescente, el Juez en casos excepcionales, podrá disponer la reserva de las actuaciones respecto de alguno de los intervinientes".

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 111 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 111. (Notificaciones preceptivas).- Cuando a un adolescente se le restrinja o prive de su libertad ambulatoria, la fiscalía o el tribunal, según corresponda, dispondrán que se notifique de inmediato a su defensor y a los padres o representantes legales".

Artículo 16.- Sustitúyese el artículo 112 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 112. (Régimen de notificaciones).- Se aplicará el régimen previsto por el Código del Proceso Penal".

Artículo 17.- Sustitúyese el artículo 114 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 114. (Carácter de los plazos).- Todos los plazos señalados en este Código son perentorios e improrrogables. En casos excepcionales, el Juez, a solicitud de las partes, podrá suspender su curso fundando la medida y su duración".

Artículo 18.- Sustitúyese el artículo 115 del Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado por Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 115. (Medidas de diferente naturaleza).- Cuando deban acumularse medidas de diferente naturaleza, se procederá a discriminar unas de otras, acumulándolas a la causa del juzgado competente que entienda en el proceso de unificación, sin que opere confusión entre las mismas.

Realizada la operación anterior, el aumento a que refiere el artículo 54 del Código Penal se aplicará solo en los casos en que resulten medidas de igual naturaleza dispuestas por dos o más sentencias.

Cuando en la sentencia de unificación resultaren acumuladas medidas privativas y no privativas de la libertad, se aplicará el siguiente criterio:

A) Si fuera posible, se cumplirán las medidas socioeducativas no privativas de libertad, durante el cumplimiento de la medida privativa de libertad.

B) Si por la naturaleza de la medida socioeducativa no privativa de libertad, no fuese posible la aplicación del literal anterior, se cumplirán en primer término las medidas socioeducativas privativas de libertad y finalizadas que fueren, se cumplirán las socioeducativas no privativas de libertad.

Cuando las medidas privativas de libertad sean sustituidas por medidas no privativas y hubiere saldo a cumplir por parte de las primeras, se procederá a realizar una segunda unificación entre las medidas socioeducativas no privativas de libertad y el saldo a cumplir de la medida privativa de libertad que fue sustituida, aplicándose en tal caso el régimen del artículo 54 del Código Penal.

Todo lo anterior es sin perjuicio de que, alcanzada la finalidad de las medidas socioeducativas impuestas, se proceda al cese o suspensión de las mismas según fuere el caso.

Si un adolescente, de acuerdo con los informes técnicos de evaluación, hubiere cumplido con la finalidad socioeducativa impuesta en la causa por la cual se le aplicó una medida socioeducativa privativa de libertad y esta se encontrare pendiente de unificación con otras, el tribunal competente de oficio o a solicitud de parte, traerá en vista todas las causas acumuladas para su consideración y dispondrá el cese de las medidas en cada una de ellas y el consecuente archivo de las actuaciones.

En caso de que las medidas fueren suspendidas, así se hará constar en las respectivas causas o en la causa de unificación dispuesta, dejándose

constancia del saldo que resta por cumplir. Vencido el mismo, se convocará al adolescente, su defensor y a la fiscalía, a audiencia evaluatoria, a efectos de proceder al cese de las medidas o su prosecución si así resultare necesario. En todo caso deberá computarse todo el tiempo cumplido, hasta operada la suspensión".

Artículo 19.- Sustitúyese el título del numeral IX "De las comunicaciones procesales" del Capítulo X de la Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, Código de la Niñez y la Adolescencia, por "De las comunicaciones y de los plazos procesales".

Artículo 20.- Sustitúyese el título del numeral X "Plazos procesales" del Capítulo X de la Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, Código de la Niñez y la Adolescencia, por "De la unificación de las medidas".

Artículo 21. (Vigencia).- Esta ley entrará en vigencia en forma conjunta con la Ley Nº 19.293, de 19 de diciembre de 2014 y sus modificativas, Código del Proceso Penal.

Artículo 22. (Disposición transitoria).-

A) Desde el día de la entrada en vigencia de la presente ley, el nuevo régimen se aplicará a todas las causas que tengan inicio a partir de dicha fecha, entendiéndose por fecha de inicio de una causa aquella en la cual el hecho con apariencia delictiva que la motiva llega a conocimiento del Ministerio Público, con independencia de la fecha de su comisión.

B) Las causas en trámite, a la fecha de entrada en vigencia de esta ley, continuarán rigiéndose por las disposiciones establecidas en la Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004 y sus modificativas, hasta que la sentencia definitiva de primera instancia pase en autoridad de cosa juzgada.

C) La Suprema Corte de Justicia podrá determinar qué Juzgados actuarán en los procesos que se inicien a partir de la vigencia de la ley y los que continuarán con las causas iniciadas con anterioridad. Igualmente tendrá competencia

para establecer los medios técnicos a utilizar para el registro de audiencia según dispone el artículo 139 del Código del Proceso Penal, Ley Nº 19.293, de 19 de diciembre de 2014.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 17 de octubre de 2017.

VIRGINIA ORTIZ
Secretaria

JOSÉ CARLOS MAHÍA
Presidente

SEÑORA PRESIDENTE.- En discusión.

En este caso se trata de una discusión única, ya que este proyecto de ley regresa de la Cámara de Representantes con modificaciones. Por lo tanto, cada señor senador que quiera hacer uso de la palabra dispondrá de veinte minutos, no prorrogables.

SEÑORA AYALA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA AYALA.- Señora presidenta: simplemente queríamos refrendar la votación de las modificaciones que se han realizado hace pocas horas en la Cámara de Representantes al Código de la Niñez y la Adolescencia aprobado en el Senado hace pocos días. Proponemos que se trate este tema de manera urgente en esta sesión, teniendo en cuenta que estamos oficiando como tercera cámara y en virtud de los plazos con los que contamos para iniciar el nuevo proceso penal acusatorio en el país.

Si se me permite, voy a hacer algunas consideraciones antes de que pasemos a votar.

Las modificaciones aprobadas hace pocas horas en la Cámara de Representantes refieren al artículo 76 del Código de la Niñez y la Adolescencia que se modifican en el inciso 2.º del literal D) «Medidas cautelares» y del E) «Procedimiento».

En cuanto al literal D), en primer lugar se agrega la expresión «hasta la sentencia definitiva» al final de dicho inciso. Además, se agregan dos incisos que establecen lo siguiente: «En las infracciones gravísimas no previstas en el artículo 116 bis de este Código, la internación como medida cautelar no será preceptiva y cuando se dispusiera, no podrá superar los 150 días» y «En las infracciones graves la internación como medida cautelar no podrá superar los 60 días».

La otra modificación se realizó al final del literal E) del artículo 76. Concretamente, se cambian los plazos a los procesos a tramitar y se establece que estos no podrán exceder los 150 días, a contar desde la celebración de la audiencia de formalización.

Esto fija parámetros para la aplicación de la medida cautelar a los adolescentes que cometan infracciones gravísimas y graves, y dispone que la preceptividad de la privación de libertad solo se aplique en los casos de infracciones gravísimas establecidas en el artículo 116 bis. En los demás casos, el fiscal solicitará, la defensa podrá oponerse y el juez decidirá.

Sugerimos al Senado que apruebe estas modificaciones, que regirán para los adolescentes en el nuevo proceso acusatorio a iniciar en los próximos días en el país, con el compromiso ya contraído en esta sala de evaluarlo a un año de implementado, para ver su funcionamiento y posibles nuevas modificaciones.

Sin más, reitero, sugerimos al Senado la aprobación de las modificaciones realizadas en la Cámara de Representantes.

Gracias.

SEÑOR BORDABERRY.- Señora presidenta: me voy a referir exclusivamente a las dos modificaciones de las que habló la señora senadora Ayala. Coincido con casi todas sus apreciaciones, pero quiero dejar algunas constancias.

En el proyecto que nosotros habíamos aprobado, las medidas cautelares estaban vigentes hasta la sentencia definitiva, lo que nos parecía sensato. Hasta que no se dictaba la sentencia definitiva seguía la medida cautelar. Ese es el fin de la medida cautelar, que se toma, justamente, para asegurar el cumplimiento de la sentencia definitiva.

Ahora se agregaron dos incisos, y aunque el segundo de ellos es claramente equivocado, no son tan malos como lo que se había propuesto inicialmente en la comisión, cuando vinieron el INAU y algunos otros visitantes. En esa instancia se hablaba de un plazo de 90 días para todas las infracciones; ahora es exclusivamente para las infracciones no previstas en el artículo 116 bis del código, que a su vez remite al artículo 72. Lo que dice este artículo es que para esas infracciones –que son extorsión, cualquier otra de más de seis años y la tentativa o complicidad– la internación no es preceptiva y tampoco puede superar los 150 días. No se modifica la preceptividad para infracciones como el homicidio, la rapiña, el secuestro, etcétera.

Esa es la modificación que se introduce.

Se puede pensar que quizás es un retroceso y que cuando se excluyó el numeral 10), referido a la complicidad, tal vez haya habido un error, porque si se es cómplice en un homicidio o secuestro, la verdad es que se trata de una conducta bastante grave como para que no se le aplique la reclusión en forma preceptiva. Pero dentro del mal que se proponía, que era terminar con la preceptividad, este es el menor posible. Es un aspecto pequeñísimo lo que se ha cambiado en ese sentido.

Lo que sí es un error –ya no conceptual, sino técnico en la redacción de la ley– es el inciso siguiente, que dice: «En las infracciones graves la internación como medida cautelar no podrá superar los 60 días». ¿Por qué digo esto? Porque acto seguido, en el literal E), se establece cuál es el procedimiento, que, sin contar el tiempo de las notificaciones, es de 117 días. Entonces, por un lado se establece un procedimiento que lleva 117 días, y por otro se dice que las medidas cautelares no pueden durar más de 60; sin embargo, antes se expresa que deben mantenerse hasta la

sentencia definitiva. Hay una incoherencia en la modificación que se introdujo en la Cámara de Representantes, que evidentemente no tuvo en cuenta los plazos establecidos. Si se observan lo que se prevé en el literal E), «Procedimiento», se verá que hay 30 días para la acusación o el sobreseimiento; 30 para el traslado; 2 de audiencia de control –van 62, es decir que ya pasamos el plazo de la medida cautelar–; 10 para convocar audiencia –ya llegamos a 72–; 30 para el juicio oral –estamos en 102–, y 15 para la sentencia, lo que totaliza 117 días. De manera que es una incongruencia establecer 60 días, cuando la propia norma, en el mismo artículo, en el mismo literal determina otros plazos. Parece un error grave, y es una lástima.

Estamos aprobando una norma que está mal, porque le hicieron un parche en la Cámara de Representantes. Repito que es una lástima. Me parece que es un error que en algún momento tendremos que corregir. Supongo que habrá que revisar esta norma cuando evaluemos la vigencia y la puesta en funcionamiento del Código del Proceso Penal. Esto es algo que nos anotaremos con la senadora Ayala –que veo que está asintiendo– para tener en cuenta que aquí hay una incongruencia que deberíamos solucionar.

Otro aspecto que también constituye una novedad es que las medidas cautelares no pueden superar los 150 días. En el inciso final de este mismo artículo se establece: «Bajo la más seria responsabilidad de Jueces y Fiscales, los procesos que se tramiten no podrán exceder los ciento cincuenta días». ¿Qué se les está diciendo a los jueces? Que dicten sentencia en 150 días porque, si no, caduca la medida cautelar. ¡Esa es la verdad! Por lo tanto, es innecesario el último inciso; alcanzaba con que se excluyera «hasta la sentencia definitiva» al fijar un plazo de 150 días como máximo.

He escuchado por ahí que algunos han dicho que los jueces van a fallar en 45 o 50 días. No sé cómo van a hacer los jueces para fallar en ese lapso con los plazos que tienen de traslado. Supongo que alguien lo tendrá más claro que yo.

Esas son las únicas dos modificaciones que se hicieron, y si bien no estamos del todo de acuerdo con seguir alivianando las medidas cautelares y los tiempos de reclusión, vamos a acompañarlas. Sería peor la enmienda que el soneto. Además, quiero recordar que la preceptividad de la reclusión en el caso de los delitos gravísimos previstos en el artículo 72 del Código de la Niñez y la Adolescencia es fruto de un acuerdo partidario y de la ley que votamos a finales de 2012 y se puso en vigencia a principios del 2013. En definitiva, creo que al no acceder a la petición de terminar con la preceptividad, el oficialismo no está haciendo otra cosa más que honrar esos compromisos. Quiero destacar, entonces, que están honrando esos compromisos y por eso vamos a acompañar este proyecto de ley.

Muchas gracias.

SEÑORA MOREIRA.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA MOREIRA.- Señora presidenta: voy a ser muy breve.

Creo que la modificación introducida en la Cámara de Representantes es buena; lo que el senador Bordaberry califica como malo había sido propuesto por nosotros. Los plazos de 150 días y de 60 días no es lo que queríamos, pero de alguna manera acorta la brecha que existe entre el proceso penal adulto y el proceso penal adolescente.

Recordemos que el proyecto que vino de fiscalía preveía que el nuevo Código del Proceso Penal se aplicara en forma análoga para adolescentes y adultos, y la propuesta de la bancada del Frente Amplio fue usar el Código de la Niñez y la Adolescencia para el proceso penal de los adolescentes, aunque tuvimos una fuerte controversia sobre el artículo 116 bis, relativo a la prisión preventiva para delitos graves y gravísimos. Se hicieron algunas propuestas y finalmente se terminó zanjando en la Cámara de Representantes con la modificación que aparece en el literal D) del proyecto. Esta modificación también fue pedida por el Inisa y por el INAU.

Y por aquello de la gota que horada la piedra, señora presidenta, quiero decir que detrás de esto está la discusión de la Ley n.º 19055, acerca de la prisión preventiva preceptiva de un año como mínimo para los delitos graves y gravísimos cometidos por adolescentes. Nosotros no estamos de acuerdo con eso. Además, aprobamos el Código del Proceso Penal en el entendido de que íbamos a terminar con la generalización de la prisión preventiva. Creo que el 68 % de los presos están con prisión preventiva y sin sentencia en las cárceles. Eso constituye todo un atentado a los derechos humanos en el Uruguay, y esperamos que con la entrada en vigencia del nuevo Código del Proceso Penal el 1.º de noviembre, la prisión preventiva tienda a ser un fenómeno más excepcional que general. Y esperamos, también, que el proceso penal que se aplique a los adolescentes genere las mismas garantías que el proceso penal que se aplica a los adultos.

De manera que consideramos que el proyecto viene mejorado. Esta ha sido nuestra única y básica discrepancia con el proyecto, no con el resto de las modificaciones que introdujimos en la comisión. Por lo tanto, con gusto vamos a votar estas modificaciones.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el proyecto de ley. Como los señores senadores saben, se trata de una única votación ya que corresponde al Senado pronunciarse acerca de si acepta o

rechaza las modificaciones introducidas en la Cámara de Representantes.

(Se vota).

–26 en 26. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

SEÑORA PAYSSÉ.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA PAYSSÉ.- Señora presidenta: simplemente quiero dejar constancia de que las modificaciones se hicieron en la Cámara de Representantes pero con la aquiescencia y el intercambio necesario con la bancada de senadores.

Por otra parte, cuando alguien habla en plural parece que nos involucra a todos, pero quiero destacar que en algunas cuestiones, cuando la señora senadora Moreira dice «nosotros», en realidad se refiere a su sector y no a toda la bancada del Frente Amplio. Quería dejarlo sentado porque, de lo contrario, la utilización del vocablo «nosotros» en la versión taquigráfica podría hacer suponer que toda la bancada piensa igual.

Muchas gracias.

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señora presidenta: creo que con esto terminamos de completar las modificaciones que se requerían, por un lado para armonizar el proceso infraccional adolescente con el proceso penal de adultos, y en su conjunto en la medida en que se supone que el tercer proyecto que fue aprobado por el Senado y que está a consideración de la Cámara de Representantes no va a ser modificado.

Estamos muy sobre el plazo –vale la pena decirlo también–, lo cual aumenta el riesgo de dificultades en la implementación. Pero a su vez vale destacar –porque a veces en la prensa no sale bien consignado– que el resultado de este apuro final tiene que ver con los tiempos que los operadores del proceso judicial se tomaron para hacernos llegar modificaciones. No fue el Parlamento el que demoró, sino que, en realidad, nosotros creíamos haber terminado el proceso de modificaciones, con la única diferencia de la libertad condicional, a fines del año pasado, y por abril o mayo de este año se nos hizo llegar un conjunto de nuevas modificaciones, que fueron tramitadas, no sé si en tiempo récord, pero por ahí anduvimos. En ese sentido, vale reivindicar que el Parlamento hizo lo que pudo ante modificaciones sucesivas, particularmente presentadas desde la fiscalía y desde la Suprema Corte de Justicia, en lo que fue la comisión interinstitucional. Frente a esto, el aumento del riesgo del error es lógico. El 1.º de noviembre se empieza a aplicar el nuevo código y veremos qué es lo que ocurre con todo este cúmulo de cambios sobre la marcha.

Sobre este punto en particular, quiero decir que nosotros lo acompañamos. Nos parece que es un ajuste razonable con relación a cómo se manejan los tiempos de las medidas cautelares para los adultos y para los menores infractores, en el entendido de que no debería haber diferencias al respecto.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTE.- Ha quedado sancionado el proyecto de ley, que se comunicará al Poder Ejecutivo para su promulgación.

15) PMB-BARRIO ARTIGAS

SEÑORA PRESIDENTE.- Se pasa a considerar el asunto que figura en segundo término del orden del día: «Proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes, por el que se desafectan varios padrones del patrimonio del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y se afectan a la Intendencia de Salto, con finalidad de dar cumplimiento al PMB (ex-PIAI)-Barrio Artigas. (Carp. n.º 847/2017 - rep. n.º 527/17».

(Antecedentes).

Carp. n.º 847/2017 - rep. n.º 527/17

CÁMARA DE REPRESENTANTES

La Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, en sesión de hoy, ha sancionado el siguiente

Proyecto de Ley

Artículo 1º.- Desaféctase de la órbita del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y aféctase a la Intendencia de Salto, a título gratuito, los bienes inmuebles, ubicados en zona suburbana, localidad catastral de la ciudad de Salto, del departamento de Salto, los que conforme al plano del ingeniero agrimensor Horacio Vega, inscripto en la Dirección Nacional de Catastro, el 29 de mayo de 1992 con el Nº 1.999, se individualizan y detallan a continuación: Padrón Nº 18.981 antes mayor área 9.847 - fracción Nº "56 A" con un área de 1.875 metros cuadrados, 24 decímetros cuadrados; Padrón Nº 10.331, fracciones "58 A" y "58 B" con un área de 876 metros cuadrados, 28 decímetros cuadrados y 76 metros cuadrados, 06 decímetros cuadrados respectivamente; Padrón Nº 17.854 - fracción "53 A" con un área de 4.585 metros cuadrados, 46 decímetros cuadrados; Padrón Nº 10.329 antes en mayor área 9.847 - fracciones "55 A" y "55 B" con un área 155 metros cuadrados, 42 decímetros cuadrados y 7 metros cuadrados, 94 decímetros cuadrados respectivamente; Padrón Nº 12.872 - fracción "54 A" con un área de 411 metros cuadrados, 32 decímetros cuadrados y Padrón Nº 30.045 antes mayor área 9.848, fracción "59 A", área de 212 metros cuadrados, 98 decímetros cuadrados y con la finalidad de dar cumplimiento al Proyecto PMB (ex PIAI) - Barrio Artigas en el objetivo de beneficiar a familias con problemas habitacionales nucleadas en esa zona.

Artículo 2º.- Esta ley operará como título y modo de la traslación de dominio, bastando para su inscripción en el Registro de la Propiedad, Sección Inmobiliaria, un testimonio de la presente disposición.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 4 de octubre de 2017.

JOSÉ CARLOS MAHÍA
Presidente

VIRGINIA ORTIZ
Secretaria

CÁMARA DE SENADORES

La Cámara de Senadores en sesión de hoy ha sancionado el siguiente

Proyecto de Ley

Artículo único.- Desaféctase de la órbita del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y aféctase a la Intendencia de Salto, a título gratuito, los bienes inmuebles, ubicados en zona suburbana, localidad catastral de la ciudad de Salto, del departamento de Salto, los que conforme al plano del Ing. Agrim. Horacio Vega, inscripto en la Dirección General del Catastro Nacional, el 29 de mayo de 1992 con el número 1.999, se individualizan y detallan a continuación: Padrón Nº 18.891 antes mayor área 9.847 - fracción Nº "56 A" con un área de 1.875 metros cuadrados, 24 decímetros cuadrados; Padrón Nº 10.331, fracciones "58 A" y "58 B" con un área de 876 metros cuadrados, 28 decímetros cuadrados y 76 metros cuadrados, 06 decímetros cuadrados respectivamente; Padrón Nº 17.854 - fracción "53 A" con un área de 4.585 metros cuadrados, 46 decímetros cuadrados; Padrón Nº 10.329 antes en mayor área 9.847 - fracciones "55 A" y "55 B" con un área 155 metros cuadrados, 42 decímetros cuadrados y 7 metros cuadrados, 94 decímetros cuadrados respectivamente; Padrón Nº 12.872 - fracción "54 A" con un área de 411 metros cuadrados, 32 decímetros cuadrados y Padrón Nº 30.045 antes mayor área 9.848, fracción "59 A", área de 212 metros cuadrados, 98 decímetros cuadrados y con la finalidad de dar cumplimiento al Proyecto PIAI - Barrio Artigas en el objetivo de beneficiar a familias con problemas habitacionales nucleadas en esa zona.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 8 de agosto de 2017.

RAÚL SENDIC
Presidente

JOSÉ PEDRO MONTERO
Secretario

CÁMARA DE REPRESENTANTES

COMISIÓN DE CONSTITUCIÓN, CÓDIGOS, LEGISLACIÓN GENERAL Y ADMINISTRACIÓN

INFORME

Señores Representantes:

Con fecha 16 de agosto de 2017, ingresa a la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración, un proyecto de ley por el cual se desafecta del patrimonio del Ministerio de Transporte y Obras Públicas un conjunto de padrones que se afectan a la Intendencia de Salto, con el fin de dar cumplimiento al Proyecto PIAI Barrio Artigas, de la ciudad capital del departamento.

Esta iniciativa viene desde el Poder Ejecutivo con la firma del señor Presidente de la República, doctor Tabaré Vázquez y del Ministro de Transporte y Obras Públicas, Víctor Rossi.

No es este un proyecto de ley nuevo, sino que este tema ya fue votado por unanimidad, en el año 2014.

Si vamos al Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes del año 2014 en la 27ª sesión, página 184, podremos ver el desarrollo de la sesión, los argumentos presentados y la votación unánime para su aprobación.

Ese proyecto fue archivado por finalización de la legislatura.

Es importante señalar que la transferencia de dominio de la órbita del Ministerio de Transporte y Obras Públicas a la Intendencia de Salto es a título gratuito, de acuerdo con la finalidad referida de beneficiar a familias con problemas habitacionales nucleadas en esa zona.

Los padrones que se transfieren a la Intendencia de Salto, a la fecha de hoy, van a cumplir dos objetivos primordiales: en primer término, realojar a familias que residen en zonas inundables y que muchas veces deben ser evacuadas por las crecientes del Uruguay, o de los arroyos interiores de la ciudad, principalmente Ceibal y Sauzal (en los últimos dos años, hemos tenido seis inundaciones de diferente magnitud); y en segundo lugar, atender las situaciones habitacionales de tres asentamientos que se encuentran en el Barrio Artigas: asentamiento ex inundados, asentamiento Balta Vargas y asentamiento Instrucciones del Año XIII.

Además, se hará el reencauzamiento del arroyo Ceibal Grande, que es el agravante de las crecientes en la zona, ya que los asentamientos presentan un alto grado de precariedad, tanto habitacional como social.

Las familias están esperando esta respuesta desde hace tiempo y creemos que ha llegado el momento de dársela, con la urgencia que el tema requiere.

Es una obra que va a llevar más de veinte meses en su ejecución -según figura en el proyecto de ley- y cuanto antes, como representantes de la gente, les demos la respuesta, antes serán solucionados sus problemas y podremos sentirnos tranquilos por haber actuado en tiempo y forma ante una demanda largamente reiterada y esperada.

Deseamos agregar, que en Comisión, fue aprobado por unanimidad.

Por los motivos expuestos y por la necesidad urgente de llevar este emprendimiento adelante, es que esta comisión aconseja aprobar el proyecto de ley que se acompaña.

Sala de la Comisión, 20 de setiembre de 2017

PAULINO DELSA
MIEMBRO INFORMANTE
HERMAN ALSINA
SUSANA ANDRADE
MACARENA GELMAN
RODRIGO GOÑI REYES
OPE PASQUET
ERNESTO PITETTA
DANIEL RADÍO
JAVIER UMPIÉRREZ

PROYECTO DE LEY

Artículo 1º.- Desaféctase de la órbita del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y aféctase a la Intendencia de Salto, a título gratuito, los bienes inmuebles, ubicados en zona suburbana, localidad catastral de la ciudad de Salto, del departamento de Salto, los que conforme al plano del Ingeniero Agrimensor Horacio Vega, inscripto en la Dirección General del Catastro Nacional, el 29 de mayo de 1992 con el número 1.999, se individualizan y detallan a continuación: Padrón Nº 18.981 antes mayor área 9.847 - fracción Nº "56 A" con un área de 1.875 metros cuadrados, 24 decímetros cuadrados; Padrón Nº 10.331, fracciones "58 A" y "58 B" con un área de 876 metros cuadrados, 28 decímetros cuadrados y 76 metros cuadrados, 06 decímetros cuadrados respectivamente; Padrón Nº 17.854 - fracción "53 A" con un área de 4.585 metros cuadrados, 46 decímetros cuadrados; Padrón Nº 10.329 antes en mayor área 9.847 - fracciones "55 A" y "55 B" con un área 155 metros cuadrados, 42 decímetros cuadrados y 7 metros cuadrados, 94 decímetros cuadrados respectivamente; Padrón Nº 12.872 - fracción "54 A" con un área de 411 metros cuadrados, 32 decímetros cuadrados y Padrón Nº 30.045 antes mayor área 9.848, fracción "59 A", área de 212 metros cuadrados, 98 decímetros cuadrados y con la finalidad de dar cumplimiento al Proyecto PIAI - Barrio Artigas en el objetivo de beneficiar a familias con problemas habitacionales nucleadas en esa zona.

Artículo 2º.- Esta ley operará como título y modo de la traslación de dominio, bastando para su inscripción en el Registro de la Propiedad, Sección Inmobiliaria, un testimonio de la presente disposición.

Sala de la Comisión, 20 de setiembre de 2017

PAULINO DELSA
MIEMBRO INFORMANTE
HERMAN ALSINA
SUSANA ANDRADE
MACARENA GELMAN
RODRIGO GOÑI REYES
OPE PASQUET
ERNESTO PITETTA
DANIEL RADÍO
JAVIER UMPIÉRREZ

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

Montevideo, 12 JUN 2017

Señor Presidente de la Asamblea General

Sr. Raúl Sendic

El Poder Ejecutivo tiene el honor de dirigirse a ese Alto Cuerpo a fin de reiterar igual gestión la que fuera realizada y archivada oportunamente en el año 2014. Para su consideración, se eleva el presente Proyecto de Ley, por el cual se desafecta del patrimonio del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y se afecta a la Intendencia de Salto, los Padrones N°s 18.891, 17.854, 10.329, 10.331, 12.872 y 30.045, ubicados en la localidad catastral Ciudad de Salto, Departamento de Salto.-

La referida Intendencia ha manifestado interés en la mutación dominial de los Padrones N°s 18.891, 17.854, 10.329, 10331, 12.872 y 30.045 ubicados en la localidad catastral Ciudad de Salto - del Departamento de Salto, con la finalidad de cumplir con el objetivo de beneficiar a familias con problemas habitacionales en el marco del Proyecto PIAI - Barrio Artigas, tramitándose las actuaciones administrativas en el Ministerio de Transporte y Obras Públicas con el N°2012/1/3/353.

Los referidos bienes inmuebles actualmente se encuentran afectados al patrimonio del Estado - Ministerio de Transporte y Obras Públicas, según informe notarial de la Dirección Nacional de Topografía de la citada Secretaría de Estado y corresponden a las fracciones y áreas individualizadas en el plano del Ing° Agrim. Horacio Vega, inscripto en la Dirección General

del Catastro Nacional, el 29 de mayo de 1992 con el Número 1999, que se detallan a continuación: Padrón N°18.891 antes 9.847 m/a - fracción N° "56 A" con un área de 1.875m.c.24dm.c; Padrón N°10.331, fracciones "58 A" y "58 B" con un área de 876m.c.28dm.c y 76m.c.06dm.c. respectivamente; Padrón N°17.854 - fracción "53 A" con un área de 4.585m.c.46.dm.c; Padrón N°10.329 antes en mayor área 9.847 - fracciones "55 A" y "55 B" con un área de 155m.c.42dm.c y 7mc.94dm.c respectivamente, Padrón N° 12.872 - fracción "54 A" con un área de 411m.c.32dm.c. y Padrón N°30.045 (Padrón M/A 9.848), fracción "59 A", área 212m.c.98dm.c., a efectos de proceder a la mutación dominial de los inmuebles señalados supra, se requiere la sanción de una Ley Nacional como instrumento idóneo para disponer afectaciones y desafectaciones de bienes inmuebles entre personas jurídicas estatales para satisfacer necesidades del servicio público.

Al estar de acuerdo en la desafectación de marras por quien está en posesión del inmueble, en el caso el Ministerio de Transporte y Obras Públicas y de acuerdo al procedimiento señalado, corresponde al Poder Ejecutivo propiciar el adjunto Proyecto de Ley.

El Poder Ejecutivo saluda a ese Cuerpo con su mayor consideración

Dr. TABARÉ VÁZQUEZ
Presidente de la República
Período 2015 - 2020

PROYECTO DE LEY

Artículo 1°.- Desaféctase de la órbita del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y aféctase a la Intendencia de Salto, a título gratuito, los bienes inmuebles, ubicados en zona suburbana, localidad catastral de la Ciudad de Salto, del Departamento de Salto, los que conforme al plano del Ing° Agrim. Horacio Vega, inscripto en la Dirección General de Catastro Nacional, el 29 de mayo de 1992 con el Número 1999, se individualizan y detallan a continuación: Padrón N°18.891 antes Mayor área 9.847 m/a - fracción N° "56 A" con un área de 1.875m.c.24dm.c; Padrón N°10.331, fracciones "58 A" y "58 B" con un área de 876m.c.28dm.c y 76m.c.06dm.c. respectivamente; Padrón N°17.854 - fracción "53 A" con un área de 4.585m.c.46.dm.c; Padrón N°10.329 antes en mayor área 9.847 - fracciones "55 A" y "55 B" con un área de 155m.c.42dm.c y 7mc.94dm.c respectivamente, Padrón N° 12.872 - fracción "54 A" con un área de 411m.c.32dm.c y Padrón N° 30.045 (Padrón M/A 9.848), fracción "59 A", área 212m.c.98dm.c. y con la finalidad de dar cumplimiento al Proyecto PIAI - Barrio Artigas en el objetivo de beneficiar a familias con problemas habitacionales nucleadas en esa zona.----------

Artículo 2°.- Comuníquese, publíquese, etc..----------

SEÑORA PRESIDENTE.- En discusión.

Tiene la palabra el miembro informante, señor senador Michelini.

SEÑOR MICHELINI.- Señora presidenta: espero no ocupar más de un minuto del tiempo del Senado.

Este proyecto de ley tiene algunos años. El hoy senador Pintado cuando era ministro lo envió al Parlamento para desafectar varios padrones y para que pasaran a la Intendencia de Salto, a los efectos de construir viviendas. En esa oportunidad, el proyecto de ley tuvo media sanción.

Luego, en la siguiente legislatura, la Intendencia de Salto pidió al señor ministro Rossi que lo enviara nuevamente, y así sucedió. El 8 de agosto se votó en el Senado y pasó a la Cámara de Representantes con la esperanza de que se aprobara rápidamente, pero el 21 de setiembre la Intendencia de Salto detectó un error en el número de padrón 18981 –que venía como 18891– y le pidió a la comisión correspondiente que lo corrigiera. Así lo hizo la Cámara de Representantes –que también aprovechó para perfeccionar la redacción–, lo aprobó y lo envió nuevamente al Senado, donde ingresó en el día de ayer.

La Comisión de Vivienda y Ordenamiento Territorial, que presido, lo aprobó ayer y hoy ingresó al orden del día del Senado. Pensaba que ya no se iba a poder considerar, pero con la paciencia de todos estaríamos aprobando este proyecto de ley que desafecta estos terrenos del Ministerio de Transporte y Obras Públicas para que la Intendencia de Salto construya viviendas.

Es todo lo que tenía para decir.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el proyecto de ley. Como los señores senadores saben, se trata de una única votación ya que corresponde al Senado pronunciarse acerca de si acepta o rechaza las modificaciones introducidas en la Cámara de Representantes.

(Se vota).

–22 en 22. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Queda sancionado el proyecto de ley, que se comunicará al Poder Ejecutivo para su promulgación.

16) LEVANTAMIENTO DE LA SESIÓN

SEÑORA PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Así se hace, a las 15:16, presidiendo la señora Lucía Topolansky y estando presentes los señores senadores Aristimuño, Ayala, Besozzi, Bordaberry, Carámbula, Carrera, Ferreira, García (Graciela), Garín, Lafluf, Matiaude, Michelini, Moreira, Mujica, Otheguy, Payssé, Pesce, Pintado, Silveira, Tourné y Xavier).

LUCÍA TOPOLANSKY
Presidente

Silvana Charlone
Prosecretaria

Hebert Paguas
Secretario

Adriana Carissimi Canzani
Directora general del Cuerpo de Taquígrafos

Corrección y control
División Diario de Sesiones del Senado

Diseño e impresión
División Imprenta del Senado